VOL. 27 N.º 1

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

MARÇO DE 1952

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

Para desinfecção
das vias urinárias
e biliares:
UROTROPINA
CYLOTROPINA
Schering
INDÚSTRIA QUIMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S. A.
RIO DE JANEIRO
SÃO PAULO ★ PÔRTO ALEGRE ★ BELO HORIZONTE ★ RECIFE

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 27	MARÇO DE 1952	N.º 1

Sôbre um novo tratamento da "dermatite linear serpiginosa"

M. Rutowitsch (*)

Sinonímia: ***Creeping eruption*** (Lee, 1874), *larva migrans* (Crocker, 1892), *Myiasis linearis* (pró-parte) e *Helminthiasis serpiginosa* (pró-parte).

Definição: E' a dermatite linear serpiginosa uma afecção dermatológica muito especial, que se traduz clinicamente por um trajeto sinuoso, arciforme ou serpiginoso, constituindo um verdadeiro túnel, de crescimento rápido e constante, coloração vermelho-pardacenta, bem diferenciável da pele circunvizinha, com prurido intenso e localizada preferentemente na extremidade distal dos membros ou nas nádegas.

Histórico (**): A primeira descrição da afecção coube a R. J. Lee, na Inglaterra, em 1874, que lhe deu o nome de "Creeping eruption", o qual, dez anos após, ao descrever um novo caso, já a considerava como de natureza parasitária.

Após êle, inúmeros foram os trabalhos e casos apresentados em tôdas as partes do mundo, entre os quais podemos citar o de Crocker, em 1892; de Neumann, na Alemanha, e Petterson, na Rússia, em 1895; Kaposi, na Áustria, em 1898; van Harling, em 1902, e Stelwagon, em 1903, nos Estados Unidos; Brodier, Lenglet e Delanunay, em 1904, e de Broza, na França; Pacífico Diaz (1905) e Baliña (1916), na Argentina; Boas (1907), na Dinamarca; Sakai, no Japão, e Castellani, no Ceilão.

Entre nós, a primeira observação foi apresentada por Werneck Machado, em 1909, o qual, em 1912, conseguiu reunir 20 observações,

---

Chefe do Serviço de Clínica Dermatológica e Sifilográfica do Hospital dos Servidores do Estado (Rio de Janeiro).
Trabalho apresentado na sessão de 30 de maio de 1951, da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia (Rio de Janeiro).
(**) Os autores referidos neste histórico são citados por Silva Araújo. (1)

seguindo-se-lhe Eduardo Rabelo (1912), Silva Araújo (1914) e Fernando Terra (1915), após o que a afecção se foi tornando extremamente frequente.

Descrição clínica: A erupção inicia-se por uma pequena pápula subcutânea, pruriginosa e avermelhada, a qual se desloca cêrca de 1 a 2 centímetros em 24 horas, de progressão constante, formando trajetos ondulosos ou em círculos, por vêzes dobrando-se sôbre si mesmo, sem voltar jamais pelo caminho já percorrido, formando então um túnel de traçado caprichoso, de coloração vermelho-escuro ou arroxeado, mais ou menos inflamado ou não, e extremamente pruriginoso. A parte já percorrida pelo parasito vai-se esvaecendo, percebendo-se apenas um trajeto linear e plano, ao mesmo nível da pele sã, assinalando o local por onde se iniciou a erupção.

Êste é o aspecto clássico, encontrado na maioria dos casos por nós observados; por vêzes, porém, o que não é excepcional, observam-se dois ou mais trajetos sinuosos, indicando ter havido a penetração de duas ou mais larvas num mesmo indivíduo.

Há cêrca de 2 anos, tivemos ocasião de tratar de alguns alunos de uma de nossas escolas militares, com lesões múltiplas, sendo que um dêles apresentava mais de 30 trajetos; outro, cêrca de 90, e, o que é interessante, em diversas fases de evolução do túnel; pràticamente, só não havia invasão do segmento cefálico. Procurando investigar a causa desta verdadeira "*epidemia*", constatamos que êsses alunos praticavam constantemente saltos em distância e caíam sôbre uma dessas caixas denominadas "caixas de areia", a fim de amortecerem o choque, vestidos apenas com um calção de banho. Ora, nessa Escola havia um cachorro que costumava brincar e dormir nessa mesma caixa, onde, naturalmente, defecava; admitindo-se estar êsse cachorro infestado, por ser o único ali existente, o contágio estava fàcilmente explicado.

O comprimento do túnel depende do tempo de afecção e da rapidez com que a larva avança; alguns autores citam a progressão de 20 a 30 centímetros por dia (2), o que jamais verificamos. A duração varia de alguns dias a alguns meses, como num caso de Dove (3). Por vêzes, podem-se encontrar grandes bolhas na extremidade em progressão; a parte posterior seca e desaparece sem deixar, em geral, cicatriz; o único perigo é o de uma infecção secundária, que pode sobrevir em consequência da coçadura.

Etiologia: Os casos comumente observados, entre nós e nos EE. UU., pertencem em sua maioria ao *Ancylostoma brasiliense*, nematelminto parasito do cão e do gato.

Os agentes desta afecção pertencem a dois grupos zoológicos distintos: vermes *nematelmintos* (das famílias dos Ancylostomideos e dos Gnathostomideos) e *insetos* (Brachyceros, da família dos Œstrideos).

Entre os Ancylostomideos temos as espécies A. brasiliense (G. Faria, 1910), comumente observado, e o A. caninum (Ercolani, 1859),

citado por alguns autores como Heydon (1929), Maplestone (1930) e outros (4). Entre os Gnathostomideos, temos o Gnathostoma spinigerum (R. Owen, 1836), encontrado por Ikegami e Tamura num caso de "dermatite linear", e o G. hispidum (Fedtschenko, 1872), observado em 1925, no Japão, por Morishiti (4).

Entre os Œstrideos podemos citar a *hypoderma bovis* (de Geer, 1776), a qual já foi encontrada em um caso entre nós por Fülleborn, a *Gastrophilus hemorrhoidalis* (Linneu, 1761), a *G. intestinalis* (de Geer, 1776) e o *G. nasalis* (Clark, 1797) (4).

Tratamento: Os mais diversos têm sido os meios terapêuticos utilizados nesta afecção, quer de uso local, quer de uso parenteral, quer venoso. Se partirmos de trabalhos antigos, vamos encontrar a indicação da tintura de iodo, do éter, do clorofórmio, da água de Alibour, do sulfureto de carbono, do colódio salicilado, etc., para aplicações locais. Posteriormente, já encontramos a indicação da abertura dos túneis com gálvano-cautério, o bloqueio pelo cloreto de etila e a congelação pela neve carbônica.

Ramos e Silva (5), em 1938, propôs o uso de uma fórmula, contendo óleo de quenopódio e essência de Wintergreen, em aplicações locais, o que dá bons resultados, embora, por vêzes, possa-se verificar uma forte irritação dos tecidos, como observamos em alguns casos.

Em 1944, Aloísio Barreto e J. A. Leite (6) apresentaram um novo método de tratamento pelas ondas curtas e sôbre o qual não temos nenhuma experiência.

Hitch (7) apresentou, em 1947, um trabalho com quarenta observações de doentes tratados com fuadina, neoestibosan, tártaro emético e ainda um arsenical trivalente; os resultados por êle apresentados, porém, não são dos melhores, sem se levar em conta as possíveis reações e o tempo necessário ao tratamento.

Tratamento proposto: Ante um caso que se nos deparou de uma criancinha de 2 anos, com uma lesão serpiginosa no dorso do pé esquerdo, já prèviamente congelada com aplicações de cloretila, em outro Serviço, o que redundou em queimadura local, pensamos em fazer uso de um preparado que lhe diminuisse a dor, a fim de podermos instituir posteriormente um tratamento adequado, visto que a larva continuava o seu trajeto.

Prescrevemos-lhe, então, compressas de uma solução oleosa contendo metadioxibenzeno, éteres butílico e etílico do ácido para-aminobenzóico em óleo vegetal neutro (*Nestosyl*), pedindo aos pais para trazerem a criança dentro de três dias. Com grande surpresa verificamos, ao voltar a pacientezinha, que o trajeto terminal do túnel se encontrava quase que no mesmo lugar em que o havíamos visto pela última vez; isto nos chamou a atenção e insistimos em que as

compressas fossem repetidas por mais três dias, findo os quais constatamos a imobilidade da larva e a morte da mesma.

Baseados nesta observação, começamos a notar sistemàticamente a ação dêste preparado em todo os casos de dermatite linear que foram aparecendo nos diversos Ambulatórios do Serviço.

Conseguimos, assim, observar, no espaço de 18 meses, mais onze doentes, com lesões características, os quais fizeram uso dêste preparado sob a forma de compressas locais, com 1 a 2 horas de duração e em número de 4 a 6 por dia, precedidos sempre da limpeza da pele com um algodão embebido em éter.

Constatamos dois fatos de máxima importância para os doentes: o desaparecimento quase imediato do prurido, graças ao poder anestésico da solução e a imobilização da larva, seguida de morte.

Em nenhum dos nossos casos foi observada qualquer incompatibilidade na aplicação do medicamento, o que nos parece sumamente vantajoso, em vista dos resultados brilhantes e quase imediatos por êle apresentados.

Apenas em um caso, numa menina de dois meses de idade, que apresentava um trajeto linear na nádega esquerda caminhando em direção ao ânus, não observamos os resultados esperados, pois após um período de quietude, de mais ou menos quinze dias, a larva continuou em movimento, sendo necessária congelação com cloretila.

RESUMO

E' feita, inicialmente, uma breve revisão do histórico, da clínica, da parasitologia e dos tratamentos clássicos da dermatite linear serpiginosa.

Uma observação fortuita, em que foram empregadas localmente (a fim de aliviar as dores num caso de larva migrans) compressas de uma solução oleosa contendo metadioxibenzeno, éteres butílico e etílico do ácido para-amino-benzóico em óleo vegetal neutro, mostrou o poder curativo dêsse tratamento sôbre a doença. Diante disso, mais onze casos de larva migrans foram submetidos, com sucesso, ao mesmo tipo de tratamento. Além da paralização da larva, observou-se a vantagem do desaparecimento quase imediato do prurido. Apenas num caso foi necessário o uso da congelação pela cloretila.

REFERENCIAS

1 — Silva Araújo, O. — Myiasis Linearis. Bol. Soc. brasil. dermat. e sif., 4: 3, 1915.

2 — Becker, S. W., Obermayer, M. E. — Dermatologia y Sifilologia Modernas. 1.ª ed. esp. Barcelona. Salvat Ed., 1945, pg. 561.

3 — Dove, Cit. in Sutton, R. L. e Sutton Jr., R. L. — Handbook of Diseases of the Skin, St. Louis, C. V. Mosby Company, 1949, pg. 351.

4 — Cits in Brumpt, E. — Précis de Parasitologie. 5.ª ed. Paris, 1936, I e II, pg. 1936.

5 — Ramos e Silva, J. — Sôbre o tratamento da "larva migrans". Hospital, Rio de Janeiro, 14: 465 (set.), 1938.

6 — Barreto, A. e Leite, J. A. — Sôbre o tratamento da dermatite linear serpiginosa pelas ondas curtas. An. brasil. de dermat. e sif., 19: 241 (set.), 1944.

7 — Hitch, M. J. — Arch. Dermat. & Syph., 55: 664 (maio), 1947.

Enderêço do autor: rua Otávio Correia, 253 (Rio).

Esporotricose familiar

José Augusto Soares, Domingos de Oliveira Ribeiro e Carlos da Silva Lacaz

A esporotricose, doença conhecida desde 1898 (SCHENCK) e 1900 (HEKTOEN e PERKINS), teve seu agente etiológico classificado por MATRUCHOT, sob o nome de *Sporotrichum Beurmanni* (1905), e os estudos clínico, micológico, experimental, anátomo-patológico e terapêutico descritos de maneira completa por DE BEURMANN e GOUGEROT (1).

Em 1908, WIDAL e ABRAMI (2) estudaram as alterações humorais desvendáveis pelo sôro-diagnóstico e reação de fixação do complemento.

Desde que estabelecidos liminarmente os diferentes aspectos da esporotricose, quer etiopatogênico quer em suas várias modalidades clínicas, com terapêutica definida e eficiente, os inúmeros trabalhos posteriores não apresentariam relevante interêsse se não viessem, de certa maneira, contribuir para o aprimoramento dos conhecimentos dessa infecção.

Tal acontece no que se refere ao modo de contágio, decorrente do cogumelo espalhado pela natureza vegetal, infectante para outros animais e atingindo o homem pela via cutâneo-mucosa ou a digestiva. Uma, desenvolvendo a doença sob forma localizada, linfangítica, gomosa — a via cutânea, enquanto que a outra o faz por disseminação hematogênica e por isso mesmo generalizada, a gomas esparsas e não disciplinadas ou focos supurativos e "placards" verrucosos, erupção esta frequentemente descrita nos trabalhos europeus.

Entretanto, apareceram contribuições de diversos AA., cujos relatos vieram precisar o mecanismo de transmissão da esporotricose.

Dentre êles, julgamos de interêsse citar 18 casos de FOERSTER (3), de cujo total se contam dez por ferimentos com espinhos de "uva spim", sendo que em dois dêles o espinho foi removido da lesão inicial e nos seis restantes a remoção precedeu o aparecimento da doença.

Assistentes da Cadeira de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Hospital das Clinicas (Chefe: Prof. J. Aguiar Pupo).

Entre nós, LUTZ e SPLENDORE não só encontraram a esporotricose em ratos, como estabeleceram sua transmissão através da mordedura dêsses roedores. MARTINS DE CASTRO, pelo tatú. MAGALHÃES, pela dentada de peixes. MARTINS DE CASTRO e AGUIAR PUPO observaram a frequência e transmissão pelas palhas de engarrafamento e nos encaixotadores (apud ALMEIDA — 4).

E' de nossa observação, relativamente frequente, o cancro esporotricósico nos dedos das mãos de domésticas, cozinheiras que se infectaram pelas finas lâminas de buchas de aço para limpeza de utensílios caseiros.

Quanto ao contágio indireto, inter-humano, é interessante a citação de JOULIA (5), descrevendo pequena epidemia de esporotricose no "Serviço" de JEANSELME (Hospital St. Louis), através do emprêgo de material contaminado e usado em intradermo-reações, injeções intramusculares ou endovenosas, recomendando que "il faut prendre garde à des contaminations de ce genre dans les salles ou couchent des malades ateints de sporotrichoses et surtout dans les laboratoires lorsque on manipule les cultures".

O contágio familiar estribou-se nas observações de WIDAL e JOLTRAIN (6) em dois casos, um de diagnóstico imediato e outro retrospectivo, por meio da esporo-aglutinação.

AGUIAR PUPO (7) assinalou-o entre nós, pela primeira vez e pela segunda na literatura mundial, em três casos observados.

ANTÔNIO ALEIXO (8) registrou o aparecimento de esporotricose palpebral em uma paciente, após trinta dias da mesma doença, em pessoa residente no mesmo domicílio.

NAVARRO e BERETERVIDE (apud AROEIRA NEVES — 9) contam com dois casos de esporotricose familiar, ambos mortais.

GUY e JACOB (10) em três casos de esporotricose familiar, entre irmãos, constataram a infecção pela perfuração dos lobos das orelhas para colocar brincos.

AROEIRA NEVES (9), em quatro casos de esporotricose entre irmãos, atribui o contágio à veiculação do Sporotrichum Schenckii pelas unhas das crianças e à promiscuidade reinante.

Do cômputo que fizemos da literatura sôbre o assunto da esporotricose familiar, os três casos que ora relatamos constituem o próximo registro no lapso dos últimos vinte anos.

As provas do contágio inter-humano não se efetuando através duma inoculação experimental, supomos que o contágio nos três casos familiares se fez indiretamente, veiculado o parasito, muito provàvelmente, pelas unhas das mãos.

Esta conclusão está fortalecida não só pela promiscuidade e precária higiene, como também pela desnutrição dos pacientes por nós observados.

Cumpre lembrar que estas últimas condições vêm sendo apontadas pelos AA. como capazes de facilitar o contágio na esporotricose (GOUGEROT, H. — 11).

Em favor do contágio inter-humano e indireto ainda falam os períodos de incubação de cêrca de um mês, verificados na anamnese de nossos doentes.

Mais um fato que faz presumir êsse mecanismo de transmissão no contágio familiar é o início das lesões ou sua localização na face, em elevada percentagem.

No Brasil, êsses casos de início na face assim se distribuiram:

AGUIAR PUPO	3 casos....	1 na face
ANTÔNIO ALEIXO	1 caso.....	1 na face
AROEIRA NEVES	4 casos....	4 na face
SOARES - RIBEIRO - LACAZ	3 casos....	3 na face

TOTAL ... 11 casos ... 9 na face ... Localização facial. 81,8 %.

Outro aspecto da esporotricose e que mereceu destaque em nossas observações foi o das provas diagnósticas pela intradermo-reação à esporotriquina e reações de sôro-aglutinação de WIDAL e ABRAMI, assunto que vem interessando a um de nós (LACAZ) e estudado em recente trabalho por RAMOS E SILVA e PADILHA GONÇALVES (12).

NORDEN (13), em extenso e recente trabalho, estudou minuciosamente as provas de fixação do complemento, sôro-aglutinação e precipitação na esporotricose, concluindo pelo seu valor diagnóstico.

Essas reações permitiram-nos comprovar retrospectivamente o diagnóstico da esporotricose nas lesões faciais da mãe das duas crianças infectadas no mesmo domicílio, assim como já o fizeram WIDAL e JOLTRAIN (6). Ainda mais, contribuem com maior rapidez para se estabelecer o diagnóstico diferencial com a leishmaniose.

Passaremos às observações pela ordem cronológica da erupção, conforme os dados anamnésicos.

1.ª OBSERVAÇÃO

M. S. R., 5 anos, feminina, parda.

Há seis meses iniciou-se erupção na pálpebra superior esquerda e, ao que conta, resultante de um arranhão.

Antecedentes hereditários e pessoais, sem importância.

Exame: Nas pálpebras superior e inferior esquerda, até a porção justa proximal do ângulo maxilar, estende-se uma faixa eruptiva em forma de Y, vegetante e verrucosa, vermelho-violácea, de consistência dura, centro cicatricial, bordas bem delimitadas.

O pedículo da lesão separa-se, por espaço de pele sã, de outra área eruptiva, de idêntico aspecto, numular, marginada, vegetante e verrucosa.

Adenopatia submaxilar, móvel.

Diagnóstico: Esporotricose.

Pesquisas de laboratório: pesquisa direta de cogumelos — negativa.

Cultura — positiva para Sporotrichum Schenckii (fotografia anexa). Intradermo-reação à esporotriquina — fortemente positiva (fotografia anexa).

Intradermo-reação de Montenegro — negativa. Sôro-aglutinação rápida — positiva a 1/8 e lenta — positiva a 1/256.

Exame histopatológico: granuloma inflamatório crônico, contendo numerosos plasmócitos (lâmina 1483) (Dr. F. Alayon).

Evolução: Obteve alta curada, após tratamento, entre 29-11-1950 a 26-1-1951, pelo iodureto de potássio, na dose diária de 2 g.

2.ª OBSERVAÇAO

M. C. S. R., 6 anos, feminina, parda.

Há cinco meses iniciou-se erupção no mento, resultante de uma queda. Algum tempo depois surgiu nova lesão nesse local, um pouco acima da primitiva.

Antecedentes pessoais e hereditários, sem maior importância.

Exame: No mento, do lado esquerdo, pequena lesão redonda e de aspecto tuberoso, menor que uma azeitona, centro coberto e micro-crostas hemáticas e cujos caracteres de superficialidade epidémica se evidenciam como o cancro esporotricósico.

Outro nodo exulcerado e mais profundamente situado, em escalonamento ao trajeto maxilar.

Adenopatia submaxilar esquerda, móvel.

Diagnóstico: Esporotricose.

Pesquisas de laboratório: pesquisa direta de cogumelo — negativa. Cultura — positiva para Sporotrichum Schenckii. Intradermo-reação à esporotriquina — positiva (fotografia anexa). Intradermo-reação de Montenegro — negativa. Sôro-aglutinação rápida — positiva a 1/8 e lenta — positiva a 1/256.

Exame histopatológico: granuloma inflamatório crônico rico em plasmócitos (lâmina 1480) (Dr. F. Alayon).

Evolução: Obteve alta curada, após tratamento pelo iodureto de potássio, na dose diária de 2 g, entre 29-11-1950 a 26-1-1951.

3.ª OBSERVAÇAO

F. S. R., 46 anos, feminina, casada, branca, lavadeira.

Há quatro meses teve erupção de caroços (sic) na pálpebra superior direita, com extensão dos mesmos até a orelha correspondente.

Tem duas filhas matriculadas no serviço de dermatologia, portadoras de esporotricose.

Antecedentes pessoais e hereditários, sem maior importância.

Exame: Cicatrizes pequenas, escalonadas, deprimidas, em número de duas, na região zigomática direita e outra na pálpebra superior direita, junto ao ângulo interno das mesmas.

Diagnóstico retrospectivo: Esporotricose.

Pesquisas de laboratório: em vista da impossibilidade de comprovação pela cultura do cogumelo, agente da esporotricose, procedemos às provas de intradermo-reação à esporotriquina, obtendo resultado positivo em leitura tardia de 15 dias e resultante em nodo flutuante e na eminência de ulceração. Sôro-aglutinação rápida — positiva a 1/16 e lenta a 1/128.

RESUMO

Os AA. apresentam três casos de esporotricose familiar em pacientes do sexo feminino.

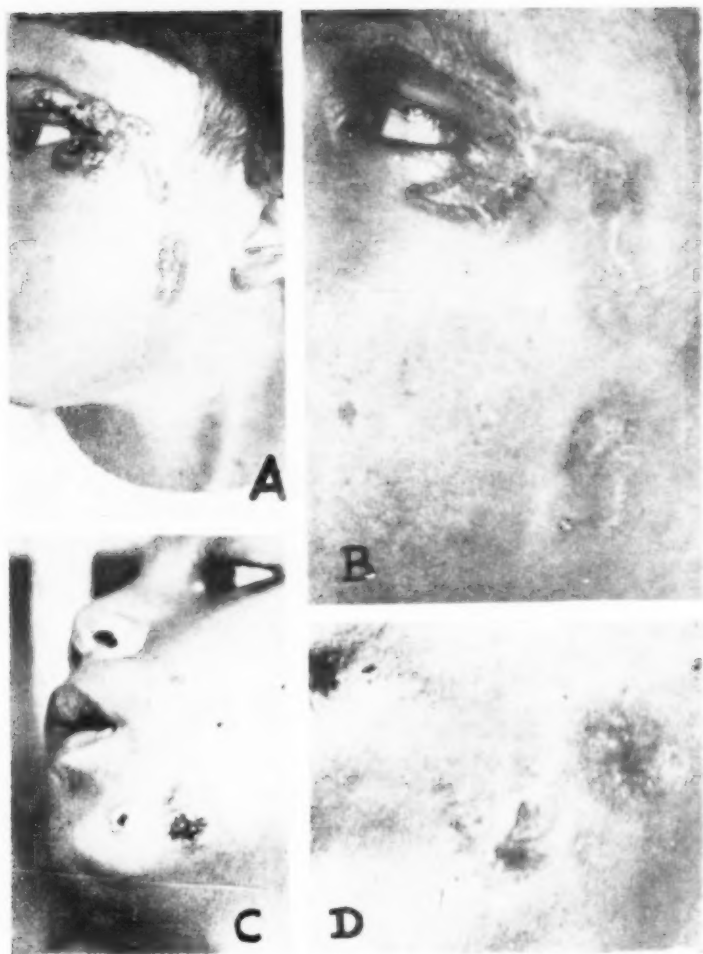
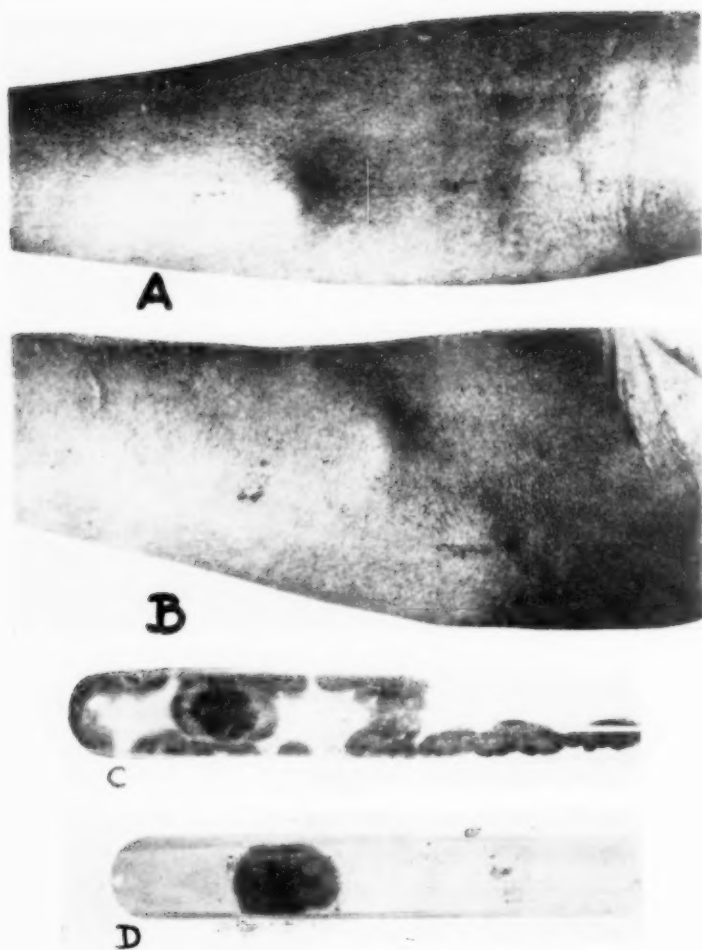



Fig. 1

Esporotricose. Em A e B, lesões da paciente Marlia S. B., antes e depois do tratamento. Em C e D, lesões da paciente Maria Conceição R., antes e depois do tratamento.

Passam em revista os trabalhos nacionais e estrangeiros sôbre essa modalidade de contágio, concluindo pelo interêsse documentário da publicação, dada a raridade do achado.

Outrossim, aceitam como provável a veiculação do *Sporotrichum* pelas unhas das mãos dos pacientes, tais as condições de promiscuidade, má higiene e subnutrição constatadas e favorecedoras do contágio.

Considerando também que há casos de esporotricose de difícil diagnóstico com a leishmaniose e ainda o fato de se poder comprovar retrospectivamente essa doença, concordam em emprestar relêvo às provas laboratoriais da intradermo-reação à esporotriquina e humorais de Widal e Abrami.

RESUME

On a fait la presentation de trois malades du sexe feminin et d'une même famille porteurs de sporothricose familial.

Le plus grand intérêt de cette publication c'est pour la rareté des cas de ce genre dans la litterature nationale et étrangere.

On considère que le mecanisme de la contagion chez ces malades s'effectue très probablement par les ongles malpropres et chez ceux l'higiéne et la subnutrition sont precaire et la promiscuité frequente.

En étudiant l'intradermoreaction et la réaction de fixation de WIDAL et ABRAMI, on donne beaucoup d'importance soit au diagnóstic retrospectif de la esporothricose soit au diagnóstic differentiel de la leishmaniose.

CITAÇÕES

1) DE BEAURMANN, L. e GOUGEROT, H.: Les Sporotrichoses. Paris, Librairie Felix Alcan 1912.

2) WIDAL, F. e ABRAMI, P.: Sérodiagnostique de la sporotrichose par la sporoagglutination. La coagglutination mycosique et son application au diagnostic de l'actinomycose. La réaction de fixation. Bul. et mém. Soc. méd. d'hôp. de Paris, 25: 947, 1908.

3) FOERSTER, H. R.: Sporotrichosis. Am. J. M. Sc. 167: 54, 1924.

4) ALMEIDA, F. P.: Mycologia Medica. São Paulo, Cia. Melhoramentos, 1939, pg. 625, 626 e 631.

5) JOULIA, P.: Traité Pratique de Dermatologie Clinique et Therapeutique. Paris, G. Doin, 1935, tomo II, fasc. I, pg. 513.

6) WIDAL, F. e JOLTRAIN: Sporotrichose chez deux membres d'une même famille. Diagnostic immédiate chez l'un deux et retrospectif chez l'autre, par la sporoagglutination et la réaction de fixation. Bull. et mém. Soc. méd. d'hôp. de Paris, 25: 647, 1908.

7) AGUIAR PUPO, J.: Frequência da esporotricose em São Paulo. An. paulist. de méd. e cir. 8: 53, 1917.

8) ALEIXO, A.: Caso de esporotrichose palpebral. Arch. mineir. dermat. e syph. 1: 42, 1919.

9) AROEIRA NEVES, J.: Contribuição ao estudo da esporotrichose familiar. Brasil méd. 42: 92 (26-jan.), 1929.

10) GUY e JACOB: Sporothricosis — A Clinical and Bacteriologic Study of Four Cases With Unusual Clinical Manifestation. J.A.M.A. 83: 21, 1924.

11) GOUGEROT, H.: Sporotrichoses: in "Nouvelle Pratique Dermatologique", Paris, Masson & Cie. Ed., 1936, tomo II, pg. 509.

12) RAMOS E SILVA, J. e PADILHA GONÇALVES, A.: Nota sôbre o valor diagnóstico da esporotriquina. Hospital, Rio de Janeiro, 38: 625 (out.), 1950.

13) NORDEN, AKE: Sporothricosis. Clinical and Laboratory Features and a serologic study in experimental animals and humans. Copenhague, Ejnar Munksgaard, 1951.

Lupo eritematoso profundo (Kaposi-Irgang)

Oswaldo G. Costa e Moacir A. Junqueira

NOMENCLATURA

Preferimos, de conformidade com Becker e Obermeyer (1), a denominação de "Eritematode", porquanto a expressão *lupo* propicia confusão com o *lupo vulgar*, cuja correlação etiológica com o lupo eritematoso, apesar de aventada, ainda não se acha estabelecida definitivamente.

Deve acrescentar-se à sinonímia sugerida os qualificativos *profundo* ou *nodular*, êste evidenciando a lesão elementar individualizadora do tipo clínico.

ESTUDO HISTÓRICO

As observações de lupo eritematoso profundo ainda são raras. Os tratados clássicos de dermatologia, em grande parte, não o mencionam claramente.

A história do lupo eritematoso profundo prende-se a trabalhos europeus e norte-americanos.

Na Europa, a prioridade de referência ao lupo eritematoso parece pertencer a Kaposi (2 e 3), seguindo-se as observações de Kren (4), de Oppenheim (5), de Pawlow e Makarjiin (6) e de Comel (7).

Segundo Irgang (8), Brocq (9) foi o primeiro a descrever o lupo eritematoso profundo, mas Arnold Jr. (10) concede a primazia a Kaposi (2 e 3).

Na "Pratique Dermatologique", Lenglet (11) esboça a fisionomia clínica do chamado lupo eritematoso profundo de Brocq, acentuando que a placa se apresenta violácea, tumefeita, irregular, consistente,

---

Oswaldo G. Costa: Professor de Clínica Dérmato-Sifilográfica da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Moacir A. Junqueira: Professor de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

profundamente infiltrada, delimitando-se na periferia por uma saliência que se nota acima do tegumento indene.

No "Précis Atlas de Pratique Dermatologique", Brocq (12) assinala: "Palpando-se, com o polegar e o indicador, o setor acometido, percebe-se que a pele repousa sôbre uma base endurada, profunda, de consistência quase cartilaginosa, caracterizando o lupo eritematoso profundo".

Em "Cliniques Dermatologiques", alude Brocq (13), sucintamente, a um processo mórbido mais profundo, dividindo o tratamento do lupo eritematoso em variedades superficiais e profundas.

No "Traité Élémentaire de Dermatologie Pratique", que é um repositório de quase todo o acervo dermatológico de Brocq (14), verifica-se sòmente discreta alusão ao lupo eritematoso profundo.

Referindo-se a um quadro mórbido descrito por Brocq com o nome de lupo eritematoso profundo, Nicolas e Gatè (15) descrevem-no apresentando uma infiltração muito acentuada e hiperqueratose insignificante. Os autores lioneses, todavia, o incluem entre as formas mistas, isto é, de transição do lupo tuberculoso para o lupo eritematoso.

Importantes revelações históricas contém a "Nouvelle Pratique Dermatologique", onde Pautrier (16) narra que "apesar dos 12 anos durante os quais usufruí os ensinamentos de Brocq, associando-me aos seus labores científicos, não consegui identificar o lupo eritematoso profundo, nem me recordo de alguma exposição de meu venerando mestre sôbre o assunto".

Gougerot (17) registra um tipo de lupo eritematoso profundo em que a palpação da zona ativa demonstra infiltração mais ou menos acentuada.

Não se encontram descrições do lupo eritematoso profundo nos tratados de Tourraine (18), de Belot (19), de Desaux (20) e de Darier (21).

Nos EE.UU., os manuais de Hartzell (22), de Sutton e Sutton (23), de Morrow (24), de Shoemaker (25), de Hyde e Montgomery (26), de Andrews (27), silenciam sôbre o lupo eritematoso profundo.

Os artigos de Irgang (8) e Arnold Jr. (10), no entanto, contribuiram decisivamente para resolver o assunto, esclarecendo-o completamente. Assim é que os casos de Chargin e Wolf (28), de Traub (29), de Caro (30), de Michelson (31), de Stibbens (32), de Oliver (33) e de Comel (7), descritos com outros diagnósticos, após a revisão dos referidos autores, catalogaram-se na casuística do lupo eritematoso profundo.

A primeira observação americana dêsse tipo clínico é de Fordyce (34), notando-se que Duhring (35) e Stelwagon (36) o relatam. Acreditamos que na América do Sul não existe nenhum caso publicado.

ESTUDO CLINICO

A sintomatologia do lupo eritematoso condiciona-se às suas localizações: superficiais, medianas e profundas.

A variedade superficial, tanto na sua forma fixa como disseminada, constitui a modalidade clássica. O acometimento do derma ou do hipoderma deforma-lhe a fisionomia clínica, imprimindo-lhe caracteres que sugerem, na primeira eventualidade, a sarcoidose de Boeck-Schaumann e, na segunda, os sarcóides de Darier-Roussy e de Spiegel-Fendt, o eritema endurado de Bazin e as paniculites.

Os tipos medianos e profundos representam os menos divulgados nos textos de dermatologia.

A forma profunda individualiza-se pela concomitância ou ausência de placas superficiais, com nódulos, de consistência dura quase cartilaginosa, dolorosos ou não à pressão, perfeitamente delimitados, isolados ou confluentes, com ou sem reação inflamatória da pele suprajacente.

No caso que registramos havia aumento nítido da temperatura local e discreta elevação térmica geral, ao passo que, no de Arnold Jr. (10), não se observavam estas alterações, notando-se também, em virtude da regressão de certos nódulos, atrofia subcutânea, que acarretou o aparecimento de fossetas com acentuada depressão. Quanto à topografia, baseando-se nas observações que se publicaram, observa-se eletividade para o couro cabeludo, rosto, braços, regiões glúteas, articulação coxo-femoral e pernas.

O lupo eritematoso, segundo O'Leary (37), classifica-se em quatro tipos: crônico discóide ou fixo; discóide disseminado; sub-agudo discóide disseminado e agudo disseminado. Tratando-se da localização nos diferentes planos cutâneos, divide-se em superficial, mediano e profundo.

O polimorfismo eruptivo da dermatose determinou a caracterização de diversas variedades clínicas que fogem ao âmbito dêste trabalho.

Alguns casos apresentam transição de lupo eritematoso discóide crônico para as formas localizadas e disseminadas sub-agudas e para o lupo eritematoso disseminado agudo.

Às vêzes, um caso apresenta tôda a escala de transições, mas, com maior frequência, uma forma predomina ou constitui a única manifestação. As formas de transição observam-se quer no sentido da evolução do processo mórbido, como no que concerne à sua situação nos diferentes planos da pele.

O diagnóstico positivo faz-se com a retirada de fragmento para exame histológico; no entanto, a coexistência, por vêzes, de placas superficiais, facilita a solução definitiva.

No diagnóstico diferencial deve considerar-se o sarcóide de Darier-Roussy, o sarcóide de Spiegel-Fendt, o eritema endurado de Bazin e outras dermatoses nodosas.

Não se deve confundir o lupo eritematoso profundo com o lupo eritematoso túmido descrito por Gougerot (38) e com o lupo eritematoso hipertrófico e profundo referido por Bechet (39).

OBSERVAÇAO CLINICA

H. M., examinada no consultório particular de um de nós (O.G.C.), com 34 anos, casada, parda, brasileira, doméstica, residente em Curvêlo (Minas Gerais), natural de Inimutaba (município de Curvêlo).

Antecedentes mórbidos familiares — Pai falecido, há anos, de doença ignorada pela paciente. Mãe vitimada por câncer do colo do útero. Dos sete filhos do casal, três são sadios e 4 faleceram. Uma irmã morreu em consequência de câncer do colo do útero; um irmão faleceu aos dois anos de idade, vitima de bronquite capilar e os outros dois na primeira infância, mas a paciente não soube informar a causa das mortes. Os avós nada apresentam digno de menção. Não se registram casos de tuberculose na família.

Antecedentes mórbidos pessoais — Já sofreu sarampo, varicela, parotidite epidêmica e infecção puerperal. Não teve abortos.

História da moléstia atual — Informa que há 7 anos lhe apareceu, na região malar esquerda, uma pequena mancha eritematosa, surgindo posteriormente lesões em diversos outros setores do tegumento cutâneo, até atingirem a extensão e o aspecto atuais. As placas superficiais permaneceram inalteráveis durante 6 anos. Decorrido êsse lapso de tempo, ocorreu o endurecimento basilar.

Exame geral — Temperatura axilar direita, à tarde: 37,5 °C; ausência total de dentes; amigdalite crônica; varizes bilaterais das pernas. Os diversos órgãos, aparelhos e sistemas nada apresentavam de anormal. Os gânglios pesquisáveis não se encontravam aumentados de volume.

EXAME DERMATOLÓGICO

As mucosas visíveis nada acusavam de anormal. No tegumento cutâneo observaram-se as seguintes manifestações eruptivas:

Região malar direita: Uma placa com atrofia e hipocromia centrais, onde se verificam escamas aderentes. A lesão central é circunscrita por uma orla eritematosa arroxeada. A raspagem com a unha e a pressão digital dos pontos lesados provocam dor. Todo o "placard" era plano e circundado por u'a mancha pigmentar (cloasma). Palpando-se a base da lesão verifica-se um nódulo doloroso e de consistência dura. A temperatura "in loco" encontrava-se aumentada.

Região malar esquerda: Observava-se também uma pequena placa com atrofia e hipocromia centrais, escamas aderentes, cloasma circunscrevendo a lesão, endurecimento basilar, dor à pressão e aumento de temperatura local.

Angulo esquerdo do maxilar: Placa medindo 2 x 1,5 cms, hipercrômica na periferia, esclero-atrófica e hipocrômica no centro, onde se notava a presença de escamas. Há endurecimento basilar e temperatura local aumentada (fig. 1).

Braço direito: No terço médio da face externa registrava-se uma pequena zona de atrofia recoberta de escamo-crostas, com discreto eritema arroxeado periférico. A palpação percebia-se um nódulo de consistência dura. Para cima da lesão descrita, em linha reta, verificava-se um nódulo endurecido, sem qualquer manifestação superficial da pele, excetuando-se o aumento da temperatura e eritema. No terço médio da face posterior havia um grande "placard"

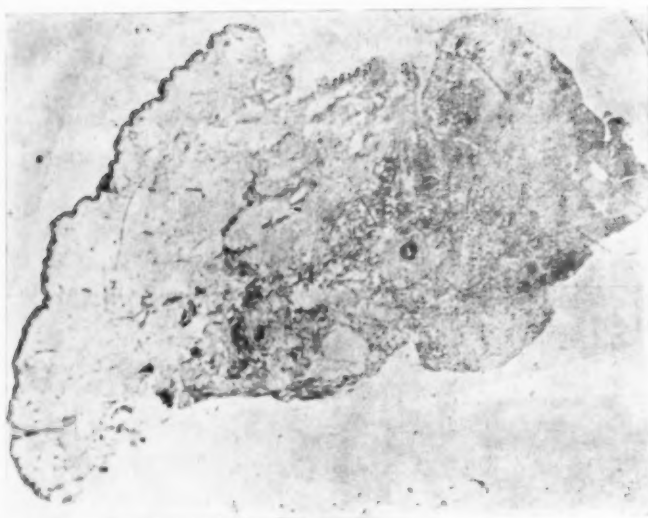
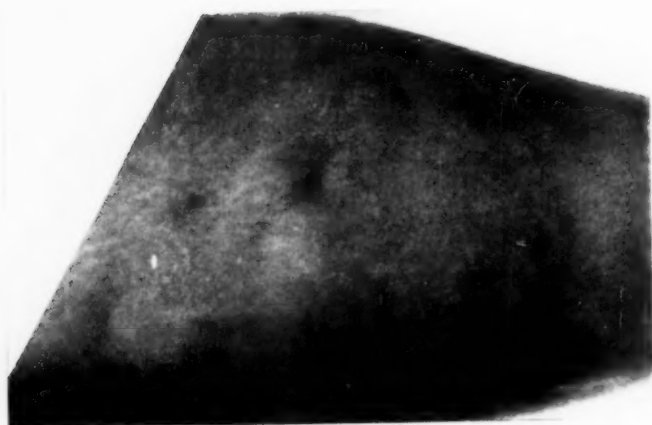



Fig. 1 — Lupo eritematoso profundo. Coexistência de lesões superficiais e nodulares perceptíveis à palpação.

Fig. 2 — Lupo eritematoso profundo. Escamo-crostas e nódulos perceptíveis à palpação.

endurecido na base, medindo cêrca de 16 x 4 cms, apresentando quatro pontos de atrofia e temperatura local aumentada (fig. 2).

Braço esquerdo: achavam-se acometidas as faces anterior e posterior, com lesões semelhantes às descritas no braço direito.

Regiões glúteas: Nódulos confluentes ou isolados, endurecidos, dolorosos à pressão, simétricos e sem manifestações cutâneas superficiais. Temperatura local aumentada.

Cóxa esquerda: Distinguia-se na porção superior da face externa, a quatro dedos travessos abaixo da espinha ilíaca ântero-inferior, um nódulo endurecido, doloroso à pressão, sem manifestação externa da pele, salvo a temperatura local aumentada e eritema pouco acentuado.

Cóxa direita: No terço superior da face anterior, viam-se três fossetas, sendo que duas eram completamente desprovidas de alterações superficiais. Essas fossetas resultaram da regressão dos nódulos com "reliquat" atrófico subcutâneo. Ao nivel da terceira fosseta a pele não apresentava qualquer alteração. Contudo, ainda havia certo endurecimento basilar (fig. 3).

EXAMES COMPLEMENTARES

1 — Exame radiológico dos pulmões: Normal (Dr. Chagas Diniz).
2 — Sôro-reações de Wassermann, Kahn e Mazzini: Negativas.
3 — Hemossedimentação (Westergreen): 1.ª hora — 63 mm; 2.ª hora — 88 mm.
4 — Exame parasitológico das fezes: Negativo para parasitos intestinais.
5 — Intradermo-reação de Mantoux (quantitativa):

1/1.000.000	negativa
1/100.000	negativa
1/10.000	negativa
1/1.000	negativa
1 %	negativa

6 — Exame de urina: Apenas traços de escatol, indican e urobilina.
7 — Hemograma:

Leucócitos		5.800 p/mm3
Contagem específica:	Neutrófilos segmentados	68 %
	Neutrófilos em bastões	5 %
	Eosinófilos	6 %
	Linfócitos	21 %

8 — Mielograma (punção da medula esternal):
(Dr. Melo Alvarenga)

Pró-mielócitos	1,8 %
Mieloblastos	1,6 %
Neutrófilos mielócitos	12,2 %
jovens	10,0 %
bastonetes	17,0 %
segmentados	22,0 %
Eosinófilos	3,2 %
Linfócitos	1,6 %
Normoblastos	10,6 %
Eritroblastos	12,2 %
Células plasmáticas	0,8 %
Restos nucleares	6,6 %
Megacariócitos	0,4 %

Células do lupo eritematoso ("L. E. Cells"): Ausentes.

9 — Exame histológico (nódulo retirado do braço esquerdo, sem lesão da pele suprajacente):

Epiderma — As alterações são discretas, existindo apenas edema intracelular de algumas células da camada basilar que apresentam áreas de hipopigmentação.

Corion — Verifica-se pequeno número de cromatóforos ao nível do corpo papilar. A porção média do corion não apresenta modificações. No corion profundo observa-se infiltrado linfocitário com disposição peri-vascular, periglandular e peri-neural. Os vasos encontram-se dilatados.

Hipoderma — O infiltrado inflamatório difunde-se densamente por todo o hipoderma, compondo-se de linfócitos na sua grande maioria, de células plasmáticas e de raros leucócitos polimorfo-nucleares. Há ectasia vascular e engorgitamento sanguíneo dos vasos de pequeno calibre, pois alguns dos de maior diâmetro acham-se com as suas túnicas infiltradas pelas células inflamatórias e outros com paredes espessadas. Em algumas áreas, entremeando o infiltrado, vêem-se grânulos de cromatina (cariorrexis) (figs. 4, 5 e 6). Existem fibrose e linfagectasia apreciáveis. Fibras elásticas — Nas áreas infiltradas do hipoderma não se notam fibras elásticas e no corion verifica-se certo grau de elastorrexis.

Pesquisa em corte histológico para bacilos álcool-ácido-resistentes: Negativa.

SUMARIO

Preferimos a denominação de eritematode, acrescentando-se à sinonímia sugerida os qualificativos: profundo ou nodular.

A prioridade de referência ao lupo eritematoso profundo cabe a Kaposi, segundo Arnold Jr..

O caso em aprêço parece ser o primeiro registrado na América do Sul.

As observações de lupo eritematoso profundo ainda permanecem raras.

A sintomatologia clínica não difere, em linhas gerais, da descrita por Irgang e Arnold Jr.

O lupo eritematoso apresenta localizações superficiais, medianas e profundas.

Deve-se distinguí-lo, na segunda eventualidade, da sarcoidose de Boeck-Schaumann e, na terceira, dos sarcóides de Darier-Roussy e Spiegel-Fendt, do eritema endurado de Bazin e das paniculites.

A coexistência de lesões clássicas facilita o diagnóstico.

O quadro histológico é caracteristico.

CITAÇÕES

1) Becker, W. S., and Obermayer, M. E.: Modern Dermatology and Syphilology, 2.ª ed., Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1947, p. 435.

2) Kaposi, M.: Pathologie und Therapie der Hauntkrankheiten, 2.ª ed., Viena, Urban & Schwargenberg, 1883, p. 642.

3) Kaposi, M.: Pathologie und Therapie der Hauntkrankheiten, 5.ª ed., Viena, Urban & Schwargenberg, 1899, p. 749.

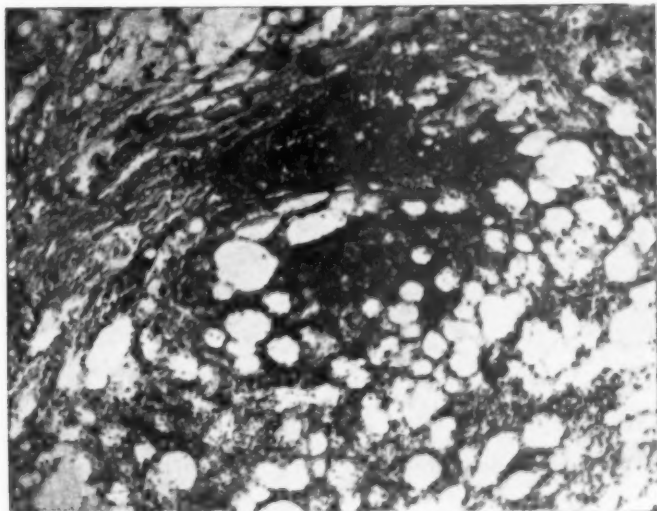



Fig. 6 — Lupo eritematoso profundo (detalhe da fig. 5): vê-se, no centro, nítida infiltração das paredes de um vaso sanguíneo. 400 x.

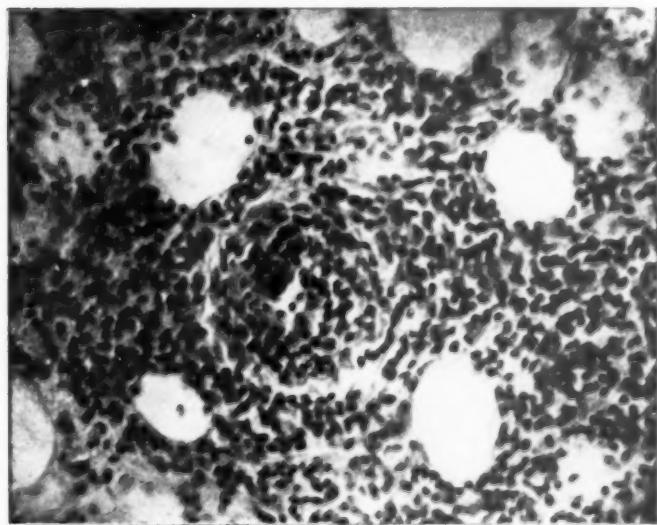



Fig. 5 — Lupo eritematoso profundo: tecido adiposo do hipoderma com infiltração linfo-plasmocitária. 100 x.

4) KREN, O.: Lupus Erythematosus. Arch. f. Dermat. u. Syph., 112: 391, 1912.

5) OPPENHEIM, M.: Lupus erythematosus profundus. Arch. f. Derm. u. Syph., 115: 847, 1913.

6) PAWLOW, S. T., and MAKARJIIN, A. A.: Zur Frage von tumorartigen Formen des Lupus Erythematodes. Dermat. Ztschr., 59: 11 (ag.), 1930.

7) COMEL, M.: Lupo eritematoso tumido associato ad eritema endurato de Bazin; contributo ad quesito delle microbide cutanee. Giorn. ital. di dermat. e sif., 73: 1812 (dez.), 1932.

8) IRGANG, S.: Lupus Erythematosus Profundus. Arch. Dermat. & Syph., 42: 97, 1940.

9) BROCQ, B. L.: Sur la nature de lupus erythemateux. Rev. gen. de clin. et de therap., 9: 113 (fev., 23), 1895.

10) ARNOLD JR., H. L.: Lupus Erythematosus profundus (Kaposi-Irgang), Arch. Dermat. & Syph. 57: 116, 1948.

11) LENGLET: Lupus Erythemateux in Pratique Dermatologique. Paris, Masson et Cie., Editeurs, 1902, p. 362.

12) BROCQ, L.: Precis Atlas de Pratique Dermatologique. Paris, Librairie Octave Doin, Gaston Doin, Editeurs, 1921, p. 472.

13) BROCQ, L.: Cliniques Dermatologiques. Paris, Masson et Cie., Editeurs, 1924, p. 254.

14) BROCQ, L.: Traite Élementaire de Dermatologie Pratique. Paris, Octave Doin, Edit., 1907, V. I, p. 589.

15) NICOLAS, J., et GATE, J.: Tuberculose cutanée & Tuberculides. Paris, G. Doin et Cie., Éditeurs, 1934, p. 235.

16) PAUTRIER, L. M.: Lupus Erythemateux, in Nouvelle Pratique Dermatologique. Tome III, Paris, Masson et Cie., Éditeurs, 1936, V. III, p. 747.

17) GOUGEROT, H.: La Dermatologie en Clientele, 6.ª ed., Paris, Librairie Maloine, 1939, p. 456.

18) TOURRAINE, A., et al.: Encyclopedie Medico-Chirurgicale (Dermatologie), Paris, 1936, V. I, p. 12039-I.

19) BELOT, J., et al.: Traite de Dermatologie Clinique et Therapeutique. Paris, G. Doin et Cie., Editeurs, V. I., fasc. II, 1935, p. 138.

20) DESAUX, A.: Traitment des Dermatoses Communes. Paris, Masson et Cie., Editeurs, 1948, p. 1102.

21) DARIER, J., et al.: Precis de Dermatologie, 5.ª ed., Paris, Masson et Cie., Editeurs, 1947, p. 826.

22) HARTZELL, M. D.: Diseases of the skin. Philadelphia, J. B. Lippincott & Co., 1917, p. 357-367.

23) SUTTON, R. L., and SUTTON, R. L., Jr.: Diseases of the skin, 1.ª ed., St. Louis, C. V. Morsby Co., 1939, pp. 359-372.

24) MORROW, P. A.: A system of Genito-Urinary Diseases, Syphilology and Dermatology. New York, D. Appleton & Co., V. 3, 1894, pp. 553-562.

25) SHOEMAKER, J. V.: A Practical Treatise on Diseases of the skin, 3.ª ed., New York, D. Appleton & Co., 1900, pp. 587-592, 1900.

26) HYDE, J. N., and MONTGOMERY, F. H.: A Practical Treatise on Diseases of the skin, 7.ª ed., Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1904, pp. 683-693.

27) ANDREWS, G. C.: Diseases of the skin, 3.ª ed., Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1946, p. 588.

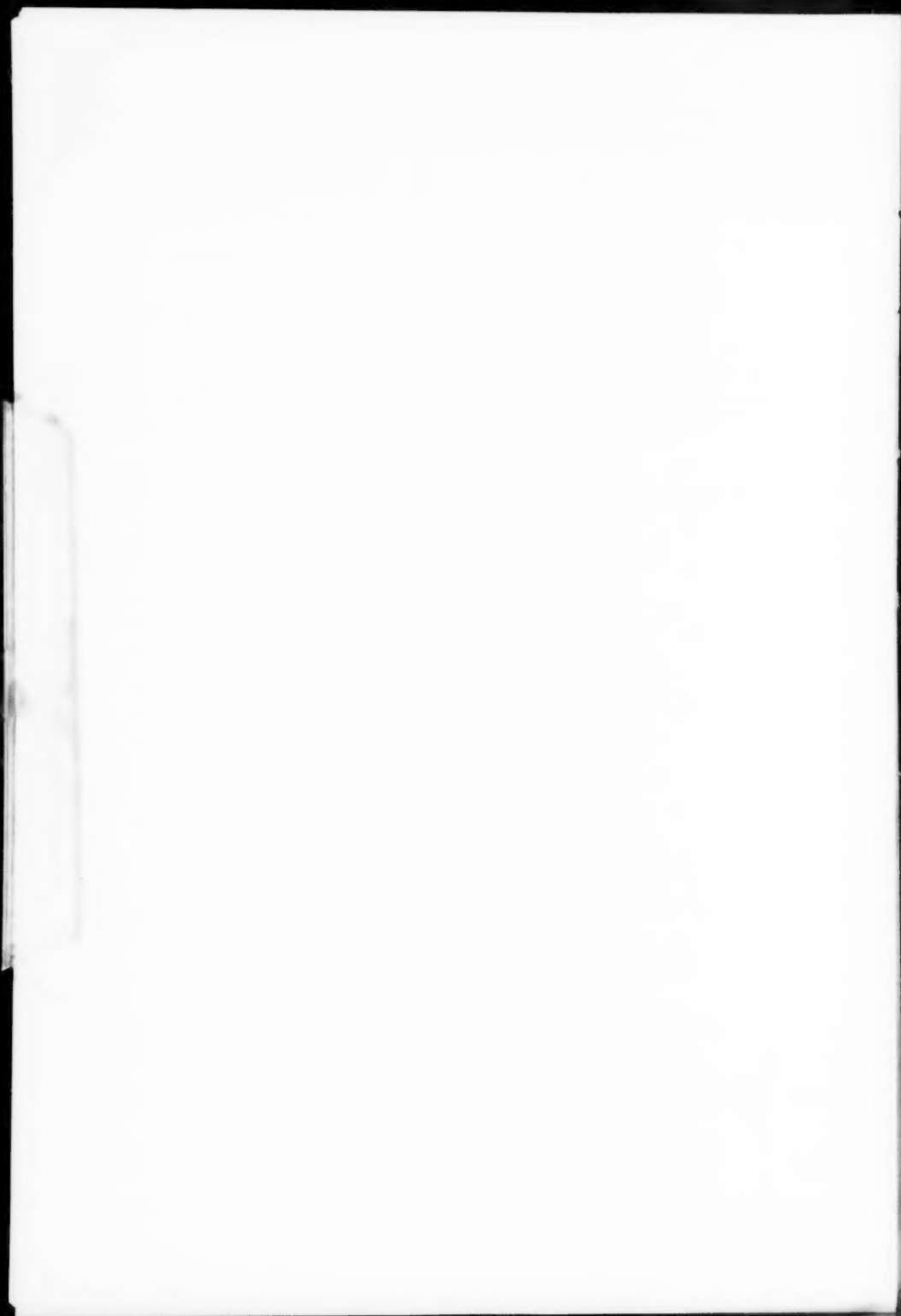
28) CHARGIN, L., and WOLF, C.: Lupus Erythematosus of the Face and Boeck's sarcoid of the Arms. Arch. Dermat. & Syph., 40: 499 (set.), 1939.

29) TRAUB, E. F.: A case for Diagnosis (Sarcoid ? Lupus Erythematosus Profundus ?). Arch. Dermat. & Syph., 34: 538 (set.), 1936.

30) CARO, M.: Spiegler-Fendt sarcoid. Arch. Dermat. & Syph., 22: 1086 (dez.), 1930.

31) MICHELSON, A. E.: A case for Diagnosis (subcutaneous sarcoid ?), Arch. Dermat. & Syph., 22: 530 (set.), 1930.

32) STIBBENS, F. H.: Multiple Benign Sarcoid (Darier-Roussy Type). Arch. Dermat. & Syph., 24: 1061 (dez.), 1931.
33) OLIVER, E. L.: Lupus Erythematosus; Sarcoid. Arch. Dermat. & Syph., 12: 150 (jul.), 1925.
34) FORDYCE, J. A.: Lupus Erythematosus with Nodular lesions suggesting sarcoid. Arch. Dermat. & Syph., 11: 852 (jun.), 1925.
35) DUHRING, L. A.: A Practical Treatise on diseases of the skin. 1.ª ed., Philadelphia, J. B. Lippincott & Co., 1897, p. 416.
36) STELWAGON, H.: Treatise on diseases of the skin. 6.ª ed., Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1910, pp. 732-747.
37) O'LEARY, P. A.: Lupus erythematosus, disseminated. Minnesota Med., 17: 637, 1934.
38) GOUGEROT, H., et BURNIER: Lupus eritematodes tumidus. Arch. Dermato-syph. clin. Hôp. St. Louis, 3: 273, 1931.
39) BECHET, P.: Lupus erythematosus Hypertrophicus et Profundus. Arch. Dermat. & Syph., 45: 33 (jan.), 1942.

Endereço dos autores: Rua Ceará n.º 1991 — Belo Horizonte (Minas Gerais).

A alergia alimentar em Dermatologia

E. Brum Negreiros

A importância dos alimentos como alergenos é indiscutível. Entretanto, o diagnóstico etiológico da alergia alimentar, em qualquer setor da especialidade, constitui um problema difícil e até agora não permitiu que se vislumbrasse uma solução prática.

As limitações, a que está sujeita a segura identificação dos alergenos alimentares, são tão proteiformes que procuraremos esquematizar e ao mesmo tempo mostrar as características e as vantagens que os diversos métodos oferecem, assim como os fatores inerentes ao indivíduo e ao alimento.

1) *Fatores inerentes aos alimentos*:

A) Existem alimentos que por sua constituição química, ou por motivos imunobiológicos ainda desconhecidos, têm tendência a causar grandes reações alérgicas. Talvez decorrente dessa qualidade, observa-se que com extratos dêsses alimentos frequentemente se obtêm reações cutâneas positivas, traduzindo a capacidade que têm de produzir *anticorpos fàcilmente demonstráveis*.

Entretanto, a inclusão dêsses alimentos na dieta cotidiana é esporádica; consequentemente, são pouco frequentes os acidentes causados por êles, além de ser relativamente fácil a sua identificação pela simples anamnese.

B) Existem alimentos que têm tendência a causar reações alérgicas menos intensas, mais persistentes e mais frequentes. Observa-se que êsses alimentos, que constituem em geral a dieta habitual, com muito pouca frequência são passíveis de identificação por testes cutâneos, traduzindo a formação de *anticorpos dificilmente identificáveis*.

Trabalho apresentado ao I Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia (Rio de Janeiro, 1950).

Encarregado da Secção de Alergia da Clínica Dermatológica da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (Chefe: Prof. J. Ramos e Silva).

Enquanto os chamados grandes alergenos em geral causam reações poucos minutos depois de ingeridos, isto é, ainda quando quasi em natureza e portanto, de constituição semelhante aos extratos empregados na sua pesquisa, os pequenos alergenos em geral vão causar reações tardias, provàvelmente depois de bastante desdobrados, química e enzimàticamente, logo, diferentes dos extratos com que se busca a sua identificação.

2) *Fatores inerentes aos testes cutâneos:*

A) Possibilidade de reações falsas, pela ação irritante em um sentido geral.

B) Possibilidade de reações específicas, sem significação clínica atual.

C) Possibilidade de reações negativas para alimentos que estejam ligados à etiologia da dermatose em estudo.

3) *Fatores inerentes às dietas padrão:*

A) Falta de flexibilidade em face das polissensibilizações.

B) Exequibilidade frequente difícil por parte do doente.

C) Exigência e consumo de tempo ou pessoal especializado.

4) *Fatores inerentes ao doente:*

A) Dermografismo, tornando sem valor a prova cutânea direta.

B) Sensibilização ao alimento digerido e fracionado e não em natureza como é empregado na preparação do extrato.

C) Não cooperação na execução das dietas.

D) Influência psicológica ou acidental sôbre o resultado da realimentação analítica.

E) Existência do processo, sempre em atividade, de dessensibilização natural, que impossibilita muitas vêzes a identificação posterior do alimento na realimentação analítica.

F) Variabilidade do limiar de tolerância para um mesmo alimento em diferentes ocasiões.

G) Polissensibilização muito mais frequente que a monossensibilização dificultando a realização de qualquer dieta.

Examinados os fatores apresentados, compreende-se claramente as razões das frequentes falências no diagnóstico da alergia alimentar.

Os testes cutâneos, quer realizados por escarificação, método mais isento de perigos, mais específico e menos sensível, quer por intradermo-reação, apesar de suas respostas algumas vêzes dramáticas, na realidade, são uma fonte de informação que, tomada isoladamente, como acontecia nos primeiros tempos da alergia, conduziam apenas

à confusão do médico e do doente e ao final desprestígio da especialidade. As tentativas de novas técnicas de laboratório, para diagnóstico "in vitro", até o presente momento têm redundado em fracasso, e mesmo, ùltimamente, a aplicação da técnica de adsorção em colódio, de Cannon e Marshall (1), modificada por Jimenez Diaz (2) e sua escola procurando as "microprecipitinas" para os alergenos alimentares, não tem revelado a utilidade nem a especificidade que dela se esperava.

Apesar de estar obrigatòriamente baseada em informe subjetivo, de uma maneira geral a dieta parece ser o método que com maior aproximação nos conduz à realidade clínica. Naturalmente somos contrários às dietas padrão, representadas fundamentalmente pelos trabalhos de Albert Rowe (3). Sem negar-lhes valor, argumentamos que a sua aplicabilidade é dirigida aos hábitos alimentares dos norte-americanos, essencialmente diferentes dos nossos.

A dieta a ser empregada deverá ser tanto quanto possível individual, decalcada sôbre as informações fornecidas pela anamnese depois que esta condicionou um melhor entendimento entre o enfêrmo e o médico. Respeitadas as relações de parentesco botânico, pois nem sempre a especificidade da sensibilização vai até a espécie, a constituição da dieta obedecerá ao seguinte critério:

1) utilização do menor número de alimentos;
2) equilíbrio energético, qualitativo e quantitativo;
3) menor frequência na dieta habitual;
4) menor capacidade alergizante intrínseca do alimento.

Baseados nesse critério, estabelecemos o que chamamos de DIETA DE BASE e a ela submetemos o paciente durante um prazo nunca inferior a 5 dias.

Coincidindo com melhora ou desaparecimento dos sintomas, adicionamos um novo alimento cada dois ou três dias e convidamos o doente a anotar as alterações de qualquer ordem aparecidas, para a final constituição de uma dieta útil, onde estarão apenas os alimentos que se revelarem inócuos. Com um prazo mínimo e arbitrário de 90 dias, autorizamos a realimentação em doses progressivas dos alimentos a que anteriormente estava sensibilizado. Quando a aplicação da dieta de base não altera o quadro inicial, ou por acaso exacerba os sintomas, tentamos, já então com muito menor cooperação do doente, uma dieta semelhante em que foram substituídos aquêles alimentos para os quais as informações conduziam a maiores suspeitas.

Outro aspecto da questão que nos preocupa particularmente é o hábito alimentar. Sendo qualquer alimento, pelo menos teòricamente, um alergeno potencial, é natural que tanto maior a frequência

dêle na dieta de um povo, maior será a sua possibilidade de alergização.

A fim de avaliar a utilidade e a tolerabilidade da dieta de base e verificar a influência individual dos alimentos na etiologia de certas dermatoses, fizemos uma revisão em nosso fichário.

Dos 84 pacientes submetidos à dieta (quadro n.º 1), 36 ou 42,8 % não tiraram proveito, estando incluídos sob essa epígrafe aquêles que abandonaram o tratamento, ou que, tendo peorado, não nos foi possível determinar a causa dêsse fato. Quarenta e oito se beneficiaram ou seja, 57,2 %, mas sòmente em 17 enfermos nos foi possível estabelecer o agente etiológico. Levando em conta a cura, por dessensibilização espontânea, por natural evolução da moléstia ou por medicação adequada, sòmente nesses 17 pacientes é que foi possível, por mais de uma vez, repetir os sintomas pela reexposição ao alimento suspeito.

DOENTES SUBMETIDOS A DIETA DE BASE	84	
Não aproveitaram	36	ou 42,8 %
Aproveitaram, dos quais em 17 se identificou o alergeno	48	ou 57,2 %

QUADRO N.º 1

A distribuição diagnóstica dos 17 casos é a seguinte (quadro 2):

DIAGNOSTICOS CORRESPONDENTES AOS 17 CASOS ESTUDADOS			
Eczema de mão	4	Urticária crônica	3
Eczema de perna	2	Prurig. — d. atópica	3
Eczema pesc. memb.	1	Dermat. seborrêica	1
Eczema generaliz.	2	Blefaro-conjuntiv.	1

QUADRO N.º 2

Os alimentos alergênicos encontrados como responsáveis pelas dermatoses nos 17 doentes estudados são (quadro 3):

Feijão	4 vêzes	Tomate	1 vez
		Amendoim	1 »
Maçã	4 »	Pera	1 »
		Pêcego	1 »
Ovo	3 »	Carneiro	1 »
		Uva	1 »
Arroz	3 »	Galinha	1 »
		Marmelada	1 »
Carne	3 »	Bacalhau	1 »
		Goiabada	1 »
Café	2 »	Banana	1 »
		Sardinha	1 »
Camarão	1 vez	Pôrco	1 »

QUADRO N.º 3

SUMARIO E CONCLUSÕES

1 — Chama-se a atenção sôbre as dificuldades atinentes ao diagnóstico preciso da alergia alimentar, tendo em vista as variadas e constantes causas de êrro a que estão sujeitos os métodos de que atualmente dispomos.

2 — Propõe a dieta de base, individualizada, como o método mais seguro, embora esteja na dependência direta de dados subjetivos, influenciáveis por vários fatores, principalmente psicológico ou decorrentes da variabilidade do limiar de tolerância para um mesmo alimento em diferentes ocasiões.

3 — Apesar de não ser possivel qualquer dedução estatística, os alimentos encontrados coincidem em parte com os utilizados na dieta habitual brasileira, especialmente no que diz respeito ao feijão, dando margem a que se vislumbre a possibilidade de afirmar, com certa base investigativa, aquilo que empiricamente sabemos: a importância do fator *exposição continuada* em matéria de alergia alimentar como agente etiológico de certas dermatoses.

CITAÇÕES

1 — Dias, Jimenez — Microprecipitinas. Rev. clin. españ. 15: 192, 1944.
2 — Rowe, A. — Clinical Allergy, Philadelphia, Lea & Febiger, 1940, pg. 107.

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Eller, Joseph Jordan — 45, Fifth Avenue (New York, U.S.A.).

Favre, Maurice (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Place Bellecourt, 33 (Lyon, França).

Fernandez, José Maria (antigo Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Ciências Médicas de Rosário) 25 de Diciembre, 811 (Rosário, Argentina).

Flarer, Franco — Cidade de Padova, Via Santa Sofia, 16 (Itália).

Greco, N. — Buenos Aires, Argentina.

Mackee, George Milles (Dir. do Serv. de Dérmato-Sifil. do "New York Post-Graduate Hospital-Columbia University" — 330 Second Avenue (New York, U.S.A.).

Marchionini, A. — Ankara, Turquia.

May, J. — 1.444, Av. Rondeau (Montevidéu, Uruguai).

Mazzini, Miguel Angel (Pres. da Ass. Arg. de Dermatosifilologia) — Callao, 1710 (Buenos Aires, Argentina).

Miescher, Guido (Prof. de dérmato-sifil. da Univ. de Zurich) — Gloriasstrasse, 33 (Zurich, Suiça).

Montgomery, Hamilton (da Fundação Mayo) — Rochester, U.S.A.

Nekam, L. (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Resseda U.4 (Budapest, Hungria).

Oteiza Setién, Alberto — Ave. de La Republica, 464 — 3er. pizo (Havana, Cuba).

Pardo-Castelló, V. — Calle 19, n. 671 — Vedado (Havana, Cuba).

Penela, Luiz de Sá (Ch. do Serv. de Dermat. e Venereol. do Hosp. do Destêrro) — Rua Marquês de Tomar, 7 (Lisboa).

Pierini, Luis E. (Prof. de dermat. para graduados da Univ. de Buenos Aires) — Cordoba, 2344 (Buenos Aires, Argentina).

Prieto, José Gay (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. de Madrid) — Calle Serrano, 20 (Madrid, Espanha).

Paunés R., Luis (Prof. de Dermat. da Univ. do Chile) — Av. Condell, 376 (Santiago).

Pujo y Medina — Fac. de Med. (Santiago, Chile).

Quintero, N. — Buenos Aires, Argentina.

Quiroga, Marcial (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Ciências Médicas de Buenos Aires) — Santa Fé, 980 (Buenos Aires, Argentina).

Ragustin, N. — Rodrigues Peña, 525 (Buenos Aires, Argentina).

Reenstierna, J. — Depart. de Hig. e Bacteriol. da Univ. de Upsala (Upsala, Suécia).

Rosende — Montevidéu, Uruguai.

Schujmann, Salomão — Presidente Roca, 599 (Rosário, Argentina).

Schuwartz, Louis — New York, U.S.A.

Silva, Flaviano (Prof. Cat., aposent., de dérmato-sifil. da Univ. da Bahia) — Pça. D. Pedro II, 101 (Salvador).

Stokes, John H. (Prof. de dérmato-sifil. da Univ. de Pensylvania) — Hospital Universitário da Univ. de Pensylvania (Philadelphia, U.S.A.).

Sulzberger, Marion B. (Cat. de Dermat. da "New York University") — 999 Fifth Avenue (N. Y., N. Y. — U.S.A.).

Touraine, Albert (Red.-ch. dos "Ann. de Dermat.") — 7, boulevard Raspail (VIIe.) — Paris, França.

Ugarisa, Ricardo (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Assunção, Paraguai.

Uribe, J. I. — Bogotá, Colômbia.

Uriburu, J. — Sargento Cabral, 837 (Buenos Aires, Argentina).

Urueña, J. Gonzales (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Av. Oaxaca, 80 (México, México).

Vilanova, Xavier (Cat. de dermat. em Barcelona) — Calle Pelayo, 44 (Barcelona, Espanha).

SÓCIOS CORRESPONDENTES

ABASCAL, Horácio (Ch. do Serv. de Profil. do Ministério da Saúde) — Neptuno, 164 (Havana, Cuba).

ALVAREZ, Gregorio — Calle Belgrano, 1625 (B. Aires, Arg.).

ANDRADE, Roberto Nuñez de (Prof. de Dermat. da Fac. de Med. do México) — México, D. F.

ALMENDRA, Jaime (Dir. do Serv. de Dermat. do Hospital da Marinha) — Rua Artilharia Um, 140 — 1.º (Lisboa, Portugal).

ANDREWS, George C. (Prof. Assoc. de Dermat. na "Columbia University") — 115 East 61th. Street (N. Y., N. Y. — U.S.A.).

BARBA RUBIO, José (Prof. Adj. de dérmato-sifil. da Fac. de Ciências Médicas e Biológicas da Univ. de Guadalajara) — Edifício Lutecia Desp. 117-118 (Guadalajara, Jal., México).

BERTACINI, Giuseppe (Prof. de Dérmato-sifil.).

BORDA, Julio Martin — Cordoba, 1237 — 9.º P. (Buenos Aires, Argentina).

CARRASCO, Manoel Caeiro (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. de Santo Antônio dos Capuchos) — C. do Sacramento, 7 — 2.º (Lisboa, Portugal).

CHANA, Pedro Chariola — Miraflores, 613 (Santiago, Chile).

CHEDIAK, Alejandro — San Lazaro, 173 (Havana, Cuba).

COLE, Harold Newton (Prof. de dérmato-sifil. da "Western Reserve University) — 1.352. Hanna Building — Euclid at 14th St. (Cleveland, U.S.A.).

CONTRERAS, Félix (Secretário Geral da Acad. Espanhola de Dermat.-sifil.) — Calle Moreto, 15 (Madrid, Espanha).

CORDERO, Alejandro A. — Carlos Pellegrini, 1560 (Buenos Aires, Arg.).

CONVIT, Jacinto — San Bernardino — Av. Avilla — Quinta Ana (Caracas, Venezuela).

CROSTI, Agostino (Prof. de dérmato-sifil.) — Milão, Itália.

DEGOS, Robert (Secretário Geral da Soc. Francêsa de Dermat. e Sifil.) — 20, rue de Penthièvre (Paris — 8e., França).

DRIVER, James R. (Prof. Assoc. de Dermat. na "Western Reserve University") Cleveland, U.S.A.

ELLIOT, David. C. (Sifilologista do "United States Public Health Service").

ESTEVES, Juvenal Alvarez (Dermatologista dos Hospitais Civis) — Rua da Emenda, 76, 1.º (Lisboa, Portugal).

FERRARI, Alexandro (Livre-doc. de dermat. em Torino e redator do "Il Dermosifilografo") — Corso Matteoti, 28 (Torino, Itália).

GARZON, Rafael (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Entre Rio, 372 (Cordoba, Argentina).

GATÉ, Jean (Prof. de dermat. na Fac. de Med. de Lyon) — Rue Saint-Hélène, 24 (Lyon, França).

GIMENEZ, Manuel — Necochea, 148 (Resistência — Chaco, Argentina).

GRACE, Arthur W. (Prof. de dérmato-sifil. do "Post-Graduate College of Medicine") — 11 Schermerhorn Street (Brooklin, N. Y. — U.S.A.).

GUILLOT, Carlos Frederico (Assist. da Divisão Dérmato-Venereol. da Dir. Nac. de Saúde Pública) — Puerrydon, 1.780 (Buenos Aires, Argentina).

JAEGER, H. (Prof. de dermat., ch. do serv. universitário do Hosp. Cantonal) — 7, Chemin du Levant (Lausanne, Suiça).

JOULIA, Pierre (Prof. de dermat. em Bordeaux) — 50, rue Fondandége (Bordeaux, França).

KAHN, Reuben L. — Univ. de Michigan, Hospital Universitário (Ann-Arbor — Michigan, U.S.A.).

LEITE, Augusto Salazar (Prof. do Inst. de Med. Tropical) — Av. da República, 56 (Lisboa).

LEON BLANCO, Francisco — Calle 16, n. 27 (Miramar, Cuba).

LEPIAVKA, Arseny D. — Av. Chapultepec, 401 (México, D. F.).

LUZ, João Valério Bastos da (Assist. do Inst. de Med. Trop.) — Calçada do Desterro, 22 — 1.º (Lisboa, Portugal).

MAHONEY, J. M. — "Marine Hosp. — Staten Island" (New York, U.S.A.).

MARIANI, Giuseppe (Prof. de dérmato-sifil.) — Gênova, Itália.

MARQUES, J. Ferreira — Lisboa, Portugal.

MARQUEZ, José Sanchez (Patólogo do Inst. Dermatol. e Instrutor de Histol. da Fac. de Med.) — Independência, 66 (Guadalajara — Jalisco, México).

MELO, Froilano.

MOLLA, Aurelio Loret de (Prof. de dermat. da Fac. de Med. de Lima) — Apartado 1720 (Lima).

MOM, Arturo Maurique — México, 823 (Buenos Aires, Argentina).

NEGRONI, Pablo — Pichincha, 830 (Buenos Aires, Argentina).

NOGUER-MORÉ, S. (Pres. da Ass. de Dermat. de Barcelona) — Paseo de Gracia, 113 (Barcelona, Espanha).

NOUSSITOU, Fernando Martin — Santa Fé, 1.394 (Buenos Aires, Argentina).

NURENBERG, Alberto — Rosário, Argentina.

ORBANEJA, José Gomez (Prof. Tit. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. de Valladolid) — Calle de Almagro, 12 (Madrid, Espanha).

PASCHER, Frances (Assist. do "New York Post Grad. (Skin & Cancer)" — New York, U.S.A.

PERCIVAL, G. H. — ("Grant Prof. of Dermat., Univ. of Edinburgh") — Royal Infirmary — Dept. of Dermat. — Edinburgh, Grã-Bretanha.

PESCE, Hugo (Med.-ch. do "Serviço Antileproso de Apurimac") — Andahuaylas, Perú.

PESSOLANI CORDONE, Domingo (Ch. do Serv. de Venereol. do Hosp. Mil. Central de Assunção) — 25 Noviembre, 497 (Assunção, Paraguai).

PEYRI, G. Mercadal (Prof. Adj. de dermat. em Barcelona) — Via Layetana, 167 (Barcelona, Espanha).

PRATS, Florêncio (Ch. da Secção C do Hospital S. Luiz) — Calle José Manuel Infante, 438 (Santiago, Chile).

REIN, Charles R. (Ch. do Serviço de Sorol. do Exército Americano) — 25 Central Park West (New York, U.S.A.).

RODRIGUEZ ESTIGARRIBIA, Eduardo — Tenente Farina, 485 (Assunção, Paraguai).

SALAZAR, Delfin Elizondo — São José, Costa Rica.

SAMPAIO, Antônio Neves (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. Infantil de S. Roque) — Av. da Liberdade, 140 — 1.º (Lisboa, Portugal).

SERIAL, Augusto (Ch. do Lab. da cátedra de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) Hosp. Intendente Carrasco (Rosário, Argentina).

SUÁREZ, Jorge — Pichincha, 450 (La Paz, Bolívia).

TELLO, Enrique Estanislao (Ch. do Serv. de Dermat. do Hosp. São Roque) Av. Olmos, 165-A, piso-Depto. 13 (Cordoba, Argentina).

TIANT, Francisco R. — San Lazaro, 464 (Havana, Cuba).

TOMASSI, Ludovico (Dir. da Clin. Dermatol. da Univ. de Roma) — Roma, Itália.

TZANCK, Arnault. (Ch. da Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. S. Luiz) — Paris, França.

VEGAS, Martins (Prof. da Fac. de Med. da Venezuela).

VIGNALE, Bartolomé (Prof. Tit. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — 18 de Julio, 1.323, piso 1 (Montevidéu, Uruguai).

WADE, H. Windsor. (Dir. Méd. da "Leonard Wood Memorial") — Culion, Palawan — Philippines.

WEISS, Pedro (Prof. de Patol. da "Univ. Nac. Mayor de San Marcos") — Calle San Jacinto, 151 (Lima, Perú).

WISE, Fred (Prof. de dérmato-sifil. do "New York Post Graduated Medical School-Columbia University") — 816, Fifth Av. (New York, 21, U.S.A.).

SÓCIOS EFETIVOS

ABELHA, Jaime (Dermatologista do Inst. de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos) — Rua Buenos Aires, 268 — 1.º (Rio).

ABREU, José Eduardo de (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Av. Augusto Severo, 78 — apto. 6 (Rio).

ABREU, Wilson Marques de (Dermatologista do Depart. de Saúde Escolar; Méd. Adj. da Santa Casa de Misericórdia) R. Marquês de S. Vicente, 182 (Rio).

ABU-MERHY, Miguel Elias (do Depart. de Saúde Escolar) — Av. Osvaldo Cruz, 103 — apto. 704 (Rio).

AGRICOLA, Ernani (Dir. do Serv. Nac. de Lepra, do M. E. S.) Rua Alexandre Ferreira, 8 (Rio).

AGUIAR, Otávio Garcez — Rua Teodoro Sampaio, 26 (Salvador).

AGUIAR PUPO, João de (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. da Univ. de São Paulo) — Av. Angélica, 1.920 (São Paulo).

ALAYON, Fernando — Av. Pacaembú, 1.088 (São Paulo).

ALCÂNTARA MADEIRA, J. — Rua Bragança, 97 — Perdizes (São Paulo).

ALEIXO, Josefino — Rua Itajubá, 250 (Belo Horizonte).

ALMEIDA, Edson de (Ch. de Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Servidores do Estado) — Rua Diógenes Sampaio, 16 — apto. 202 (Gávea) — Sta. Luzia 732 — s. 1214.

ALMEIDA, Teófilo (ex-Dir. da Div. de Org. Hosp. do M. E. S.) — Rua Aristides Espinola, 6 (Rio) — R. 1.º de Março, 7 — 2.º, s. 208.

ALONSO, Carlos (Assist. da Enf. 26, da Santa Casa de Misericórdia) — Praia do Gragoatá, 3 (Niterói) — Est. do Rio.

ANDRADE, Jorge Costa (Dir. da Col. Aguas Claras) — Cx. postal 1346 (Salvador).

ANTUNES, Almir Gusmão (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med., Dermatologista da Beneficência Portuguêsa) — Av. Atlântica, 2.242 — 6.º (Rio).

AQUINO, Ulisses Mota de (da Div. de Org. Sanit., do M. E. S.) — Rua Piratininga, 24 — apto. 302 (Gávea).

ARANHA CAMPOS, José — Rua D. Hipolita, 795 (São Paulo).

ARANTES, Aguilar (Med.-aux. da Col. S. Roque) — Hosp. S. Roque (Piraquara, Paraná).

AREIA LEÃO, A. E. (Ch. de Lab. do Inst. Osvaldo Cruz) — Rua Mexico, 164 — 1.º.

ASSIS, José de (da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas) — Pelotas, Rio Grande do Sul.

AZEVEDO, Sergio (Assist. do Serv. Nac. de Câncer, do M. E. S.) — Av. Epitácio Pessoa, 724 (Rio).

AZULAY, Rubem D. (Doc. livre da Fac. Nac. de Med. e da Fac. Flum. de Med.) — Rua 5 de julho, 88 (Rio).

BANDEIRA, Ruben da Rocha — Av. Protásio Alves, 403 (Pôrto Alegre).

BARACHO, Raimundo (Méd. do Depart. de Saude de Pernambuco) — Av. José Rufino, 2.619 — Barro (Recife).

BARROS, Osvaldo de Toledo (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Assembléia, 98 — 4.º, sala 45 (Rio).

BASTOS, Arnaldo — Rua Prof. França, 9 (Salvador).

BATISTA, Luiz — Rua Coriolano, 1.620 — Lapa (São Paulo).

BECHELLI, Luiz Marino — Rua Artur Azevedo, 566 (São Paulo).

BECKER, Paulo Ludwig (Rio Grande do Sul).

BELLIBONI, Norberto — Rua Ximbó, 27 — Aclimação (São Paulo).

BERNHARD, Armin (Assist. da Enf. de Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Pôrto Alegre; Venereologista do Depart. Est. de Saúde — Caixa Postal 1264 (Pôrto Alegre).

BIANCO, Afonso — Rua Castro Alves, 469 (São Paulo).

BICUDO JÚNIOR, J. da Fonseca — Largo Padre Péricles, 48 (São Paulo).

BOPP, Clóvis — Rua Cristóvão Colombo, 2.752 (Pôrto Alegre).

BRITO, Paulo de Souza — Rua Paissandú, 397 — Partenon (Pôrto Alegre).

BUAIZ, Luiz — Rua 23 de Maio, 359 (Vitória).

CALDAS, Heráclito (da Fund. Gaffrée-Guinle) — Av. Princesa Isabel, 58-B, apto. 61 (Rio).

CAMPOS, Ênio Candiota de (Ch. da Clin. do Serv. de Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Pôrto Alegre; dermatologista do Depart. Est. de Saúde) — Rua Quintino Bocaiuva, 1.394 (Pôrto Alegre).

CAMPOS, Silvio — Rua Artur Orlando, 117 (Recife).

CAMPOS MELO, Luiz (Ch. do Serv. de Doenças Venéreas, do Dist. Federal) — Rua México, 31, apto. 1.302 (Rio).

CANTIDIO, Valter Moura (Ch. do Serv. de Profil. da Lepra, do Ceará) — Caixa postal 427 (Fortaleza).

CARVALHO, Ulisses Castanheira de (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Piauí, 953 (Belo Horizonte).

CASTELAR, Valter Roversi (Assist. do Ambul. 25 da Canta Casa de Misericórdia) — Rua Carvalho de Mendonça, 29, apto. 404 (Rio).

CASTANHEIRAS, Ulisses (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Piauí, 953 (Belo Horizonte).

CASTRO, Alcides Neves Ribeiro de — Rua Sete de Setembro, 132 — 6.°, Sala 605 (Rio).

CASTRO, Clóvis de — Ed. Automóvel Club, apto. 113 — Rua Alvares Cabral (Belo Horizonte).

CASTRO BARBOSA, Paulo de (Ch. do Serv. de Dérmato-Sifil. da Polici. de Botafogo; Assist. da Enf. 26, da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Anita Garibaldi, 105 — apto. 301 (Rio).

CAVALCANTI, Jorge Duarte Quintela (Dermatologista do I.A.P.E.T.C.) — Praça Gonçalves Ledo, 219 (Maceió).

CERQUEIRA, Paulo — Rua Tomé de Souza, 925 (Belo Horizonte).

CERRUTI, Humberto — Rua Gabus Mendes, 19 — apto. 50 (São Paulo).

CHAVES, Antônio de Castro (Venereologista do Depart. Est. de Saúde) — Av. Independência, 831 — apto. 41 (Pôrto Alegre).

CHAVES, Olimpio (Doc. livre da Fac. Nac. de Med.) — Rua Assembléia, 121 — 2.° (Rio).

CLAUSELL, Domingos Tellechea — Rua Barata Ribeiro, 616 — apto. 603 (Rio).

CONCEIÇÃO, José Oliveira — Rua Jacinto Gomes, 152 (Pôrto Alegre).

CORDEIRO, Antônio Geraldo — Av. 7 de Setembro, 245 — apto. 11 (Salvador).

COSTA, João Dias (Ex-Méd.-Ch. do Disp. de Doenças da Pele do Centro de Saúde de Curitiba) — Rua Alferes Poli, 283 (Curitiba).

COSTA, Leopoldo Domingos Amaral — Rua Benjamin Constant, 205 (Belém).

COSTA, Osvaldo Gonçalves (Doc. livre e Assist. da Clin. de Sifilis e Moléstias da Pele da Fac. de Med. da Univ. de Minas Gerais) — Rua Ceará, 1.991 (Belo Horizonte).

COSTA, Paulo Dias da (Ch. da Clin. de Alergia do Hosp. Central da Aeronáutica) — Trav. das Escadinhas, 8 (Rio).

COSTA JÚNIOR, Antônio Fernandes da (Doc. livre de Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua México, 98 — 4.° (Rio).

COZZOLINO, Danilo (Assist. de Clin. Dérmato-Sifil. da Esc. de Med. e Cir.) — Rua Vicente Licinio, 95 — Eng. Velho (Rio).

CRUZ, Osvaldo Rosa de Vasconcelos (Assist. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Costa Bastos, 114 (Rio).

CUNALI, Humberto (do Hosp. S. Francisco de Assis, de Ribeirão Preto) — Caixa Postal 34 (Ribeirão Preto).

Cunha, Afrânio Rodrigues da (Ch. de Clin. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Uberaba) — Rua Santo Antônio, 8 (Uberaba).

Cunha, Carlos (Doc. livre de Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Paraná) — Av. Jaime Reis, 200 (Curitiba).

Cunha, Custódio Vieira da — Rua Duque de Caxias, 973 (Pôrto Alegre).

Cunha, Heitor de Oliveira (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Conde Bonfim, 423 (Rio).

Dacorso Filho, Paulo (Prof. de Anat. Patol. da Esc. Nac. de Veterinária) — Rua Maestro Francisco Braga, 460 — apto. 204 (Rio).

Difini, Joaquim Montano (Dir.-Méd. do I.P.A.S.E.) — Rua Paissandú, 223 (Rio).

Diniz, Orestes (Dir. da Div. de Lepra, do Depart. Est. de Saúde) — Rua Emboabas, 619 (Belo Horizonte).

Drolhe da Costa, Edgar Gomensoro (Ch. de Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Souza Lima, 65 — apto. 401 (Rio).

Faillace, Jandir Maia (Doc. livre da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Rua Duque de Caxias, 833 (Pôrto Alegre).

Ferreira, João Antônio (Méd.-Ch. do Centro de Trat. Rápido da Sífilis do Depart. de Saúde do Paraná) — Rua Carlos de Carvalho, 726 (Curitiba).

Ferreira Filho, Joaquim Martins (Cap.-Tte. Méd., Dermatologista do Hosp. Central da Marinha) — Rua Mal. Mascarenhas de Morais, 89 — apto. 201 (Rio)

Ferreira da Rosa, Amilcar — Rua Senador Dantas, 20 — sala 801 (Rio).

Fialho, Amadeu (Prof. Cat. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

Fialho, Francisco (Assist. do Serv. Nac. de Câncer) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

Fiquene, Salomão — Rua 13 de Maio, 503 (São Luiz).

Foigel, Simão (Ch. de Clin. do Hosp. Pedro II; Médico do Serv. de Profil. das Doenças Venéreas) — Rua da Saudade, 96 (Recife).

Fonseca Filho, Olimpio da (Dir. do Inst. Osvaldo Cruz; Prof. Cat. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Marquês de Olinda, 18 (Rio).

Fonte, Joir (Ch. de Seção do Serv. Nac. de Lepra, do M.E.S.) — Av. 13 de Maio, 37 — 1.º (Rio).

Fraga, Arminio (Doc. livre da Fac. Nac. de Med.) — Rua Debret, 79, sala 705 (Rio).

Freire e Silva, Jorge (Assist. da Policlin. Geral do Rio de Janeiro) — Rua Dr. Sardinha, 38 (Niterói).

Furtado, Tancredo Alves — Rua Alvarenga Peixoto, 986 (Belo Horizonte).

Gabbay, Isaac (Assist. do Serv. de Dermat. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Av. Copacabana, 178 — 7.º (Rio).

Genú, Hernani Alfredo Pequeno (do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Maia Lacerda, 78 (Rio).

Genú, J. Oriente de Arruda — Rua México, 41 — 16.º, Sala 1602 (Rio)

Gerbase, José (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Hilário Ribeiro, 299 (Pôrto Alegre).

Gomes, Graco Leite (da Div. de Organ. Sanit. do M.E.S.) — Praça Floriano, 55 — 4.º (Rio).

Gonsalves, Benjamin (Ch. de Secção da Diret. de Saúde do Exército) — Rua Camaragibe, 13 (Rio).

Gontijo Assunção, João Batista (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Bernardo Guimarães, 2.535 (Belo Horizonte).

Gonzaga de Castro, Luis (do Corpo de Saúde Naval) — Rua Julio de Castilhos, 61, casa 6 (Rio).

Greco, J. B. (Alergista em Belo Horizonte) — Rua Juiz de Fora, 849 (Belo Horizonte).

Grieco, Vicente (Doc. livre da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Rua Maria Paula, 62 — 7.°, conjunto 72 (São Paulo).

Guimarães, Heitor — Rua Siqueira Campos, 1.170 (Pôrto Alegre).

Guimarães, José Luiz — Alameda Nothmann, 668 (São Paulo).

Guimarães, Newton Alves (Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. da Univ. da Bahia) — Rua Afonso Celso, 28 — ap. 14 — Barra (Salvador).

Jacinto, Romeu Vieira (Assist. vol. da Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Lima Barros, 9 (Rio).

Lacaz, Carlos da Silva (Doc. livre e 1.° Assist. da cad. de Microbiol. e Imunol. da Fac. de Med. da Univ. de São Paulo) — Cx. Postal 951 (São Paulo).

Legène, Paulo Cardoso — Rua Alcindo Guanabara, 15-A, 4.° (Rio).

Leitão, Albino — Rua Campo Grande, 15 (Salvador).

Levi, Alberto Simão — Rua Santo Amaro, 14 — apto. 75 (Rio).

Lima, Erasmo — Rua S. José, 85 — 6.° (Rio).

Lima, Gorki Mecking de (Doc. livre de Anat. Pat. da Fac. de Med. de Pôrto Alegre e Patologista do Inst. Biol., Depart. Est. de Saúde) — Rua Vicente da Fontoura, 2.676 (Pôrto Alegre).

Lira, Olavo de Andrade (Dermatologista do Centro de Saúde n.° 10 e do Inst. Clínico de Madureira) — Av. Maracanã, 33 — S. Cristovão (Rio).

Lobo, Jorge (Prof. Cat. de Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Recife) — Rua Amaro Bezerra, 584 (Recife).

Lobo, Jorge Ernesto de Souza — Rua Oliveira da Rocha, 54 — apto. 301 (Rio).

Lobo, Paulo de Souza (Ch. do Serv. de Dermat. e Radioterapia da Policlin. de Pescadores) — Rua Marquês de S. Vicente, 233 (Rio).

Lopes, Cid Ferreira — Rua Piauí, 923 (Belo Horizonte).

Lopez, Aurélio Ancona (Dermatologista do Hosp. do Serv. Social de Menores) — Rua Manoel da Nóbrega, 151 (São Paulo).

Louzada, Antônio — Rua Santa Terezinha, 186 (Pôrto Alegre).

Lucca, Salvador de (Assist. da Policlin. Geral do Rio de Janeiro) — Rua Pompeu Loureiro, 120 — apto. 1.001 (Rio).

Machado, Osolando Judice (do Serv. Nac. de Câncer, do M.E.S.) — Av. Graça Aranha, 333 — 2.°, sala 209 (Rio).

Magalhães Gomes, Edgard (Prof. Cat. da Fac. Nac. de Med.) — Praia do Flamengo, 2 — apto. 404 (Rio).

Malaquias, Guilherme (Ch. do Serv. de Lepra da Pref. do Dist. Federal) — Rua Senador Dantas, 103 — 1.° andar (Rio).

Mangeon, Gilberto (Dir. do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Godofredo Viana, 64 — Jacarepaguá (Rio).

Margutti, Luiz (do Hosp. São João Batista da Lagoa e da Cruz Vermelha Brasileira) — Rua Marquês de S. Vicente, 458 (Rio).

Mariano, José — Rua Grão Pará, 747 (Belo Horizonte).

Marsiaj, Nino (Doc. livre da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Caixa Postal 205 (Pôrto Alegre).

Marques, Artur Pôrto (Assist. do Hosp.-Col. Curupaiti) — Av. Portugal, 386 — apto. 64 (Rio).

Marques, Halley — Rua Mal. Floriano, 362 (Pôrto Alegre).

Marques dos Santos, Everardo (Assist. da Enf. 26 da Santa Casa de Misericórdia do Rio) — Rua Gal. Pereira da Silva, 47 — 7.° — s. 705 — Icaraí (Niterói).

Martins de Castro, Abilio (Dermatologista em São Paulo) — Rua Veiga Filho, 259 (São Paulo).

Medeiros, Ceci Mascarenhas (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Av. Lineu Paula Machado, 18 (Rio).

Mendes, José Pessoa (Dermatologista em Pôrto Alegre) — Rua Andradas, 1.428 — 2.° (Pôrto Alegre).

Mendes de Castro, Benedito (Dermatologista do Serv. de Saúde Escolar) — Rua Atlântica, 463 (São Paulo).

MENDONÇA, Adolfo Bahia (Prof. Livre da Fac. de Med. da Univ. da Bahia; Médico do Depart. Est. de Saúde) — Av. Joana Angélica, 185 (Salvador).

MENEZES, Dardo (Dermatologista e venereologista em Uruguaiana) — Rua Gal. Bento Martins, 32 (Uruguaiana).

MESIANO, Achilles (Ch. da Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. Central da Marinha) — Av. Lineu de Paula Machado, 284 (Rio).

MESQUITA, André Petrarca de (Dermatologista do I.A.P.E.T.C.) — Rua Prof. Gabizo, 157 (Rio).

MIRANDA, Rui Noronha (Prof. Cat. de Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Paraná) — Rua Bruno Filgueira, 376 (Curitiba).

MIRANDA, Valdemir (Doc.-livre da Fac. de Med. da Univ. do Recife; Dir. da Casa de Saúde S. Marcos) — Av. Portugal, 52 (Recife).

MIRANDA JUNIOR, João (Dermatologista da Ordem Terceira da Penitência) — Rua Uruguaiana, 12 — 3.º (Rio).

MOLLO, Miguel Agostinho Risola (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Joaquim Murtinho, 192 — apto. 8 — Santa Tereza (Rio).

MONTEIRO, Alfredo Bahia — Rua Fernando Alves, 4 (Salvador).

MONTEIRO, Antônio Mendes — Rua Senador Dantas, 29, sala 1.307 (Rio).

MORAIS, José Dias de (Dermatologista em Santos) — Rua Vasconcelos Tavares, 25 (Santos).

MORAIS, Rui Gomes de (Prof. Cat. da Fac. Nac. de Farmácia e da Esc. de Med. e Cir. do Inst. Hahnemanniano) — Rua 12 de Maio, 223 (Rio).

MOREIRA DA FONSECA, Joaquim (Prof. Cat. da Fac. Nac. de Med.) — Rua São José, 85 — 5.º (Rio).

MOSES, Artur — Rua Rosário, 134 — 1.º (Rio).

MOURA, Aureliano Matos de (Dir. da Div. de Lepra do Depart. de Saude do Paraná) — Rua Lamenha Lins, 88 (Curitiba).

MOURA COSTA, Henrique de (Dir.-técnico da Fund. Gaffrée-Guinle) — Trav. João Afonso, 38 (Rio).

MOURÃO, Benedictus Mário — Rua Junqueiras, 55 (Poços de Caldas).

MOURÃO, Guy (Méd.-chefe do Lab. da Col. São Roque; Méd. leprol. pelo D.N.S.) — Rua Dr. Murici, 708 — 3.º, sala 330 (Curitiba).

NEGREIROS, Eleutério Brum — Av. Almte. Barroso, 97 — 7.º — sala 704 (Rio).

NERY GUIMARÃES, F. (Pesquizador Especializado do Inst. Osvaldo Cruz) — Rua Carvalho Azevedo, 11 — apto. 202 (Rio).

NEVES, Armando — Colônia São Francisco de Assis (Bambuí).

NEVES, Francisco José (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Belo Horizonte.

NIEMEYER, Armin — Rua Vigário José Inácio, 311 — 2.º (Pôrto Alegre).

NOGUEIRA, Cássio (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Assembleia, 104 — sala 502 (Rio).

NOLASCO, Arnaldo (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Recife) — Rua da Saudade, 313 (Recife).

OLIVEIRA LIMA, A. — Av. Rio Branco, 277, sala 1.210 (Rio).

OLIVEIRA LIMA, Silvano de (do Hosp. Col. Curupaiti) — Godofredo Viana, 64 — Jacarepagua (Rio).

ORSINI DE CASTRO, Olinto (Prof. Cat. de Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. de Minas Gerais) — Av. Paraná, 430 (Belo Horizonte).

PADILHA GONÇALVES, Antar (Dermatologista do Banco do Brasil S.A.; Assist. de Dérmato-Sifil. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. Ataulfo de Paiva, 1.079 (Rio).

PAES DE OLIVEIRA, Paulo (Médico do Exército) — Rua Buarque de Macedo, 59, apto. 101 (Rio).

PAGNANO, Dilermando da Silveira (Diretor-proprietário do Inst. de Radioterapia "São Lucas") — Rua Alvares Cabral, 500 — 1.º, (Ribeirão Preto).

PAIVA, Gustavo Ferreira de (Assist. da Clin. Dermat. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Fernandes Tourinho, 955 (Belo Horizonte).

PARREIRAS HORTA, Eduardo — Rua Barão de Lucena, 81 (Rio).

PARREIRAS HORTA, Paulo (Prof. Cat. de Dérmato-Sifil. da Fac. Flum. de Med.) — Rua Barão de Lucena, 81 (Rio).

PEIXOTO, Perilo Galvão — Rua Dias Ferreira, 45 — apto. 203 (Rio).

PEIXOTO GUIMARÃES, José Pena (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Clarimundo de Melo, 1.101 (Rio).

PENALVA COSTA, Fabio (Assist. da Fac. Nac. de Medicina) — Rua México, 98 — 4.º, sala 409 (Rio).

PEREIRA, Antonio Carlos — Rua Oscar Vidal, 492 (Juiz de Fora).

PEREIRA, Oaci Carlos — Av. Atlântica, 66 — 8.º, apto. 118 (Rio).

PEREIRA FILHO, Manoel (Dir. do Serv. Nac. de Tuberculose, do M.E.S.; Prof. Cat. de Microbiol. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Siqueira Campos, 33 — apto. 703 (Rio).

PEREIRA DA SILVA, Carlos Leite (Prof. Cat. de Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Dr. Timoteo, 395 (Porto Alegre).

PEREIRA GOMES, Rui (Dermatologista do Serv. Méd. do Min. da Fazenda) — Rua Marquês de Pinedo, 71 (Rio).

PEREIRA RÊGO, Aguinaldo (Doc. livre da Fac. Nac. de Med.) — Rua Tereza Guimarães, 144 (Rio).

PERIASSÚ, Demetrio Bezerra Gonçalves (Doc. livre da Fac. Nac. de Med.; Ch. de Clin. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. N. S. de Copacabana, 664 — apto. 903 (Rio).

PINTO, José Thiers (Ch. de Lab. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Prof. Estelita Lins, 63 (Rio).

PINTO, Moacir Teixeira — Centro de Saúde de Londrina — Londrina (Paraná).

PIRES, Valdemiro (Dir. do Hosp. de Neuro-Psiquiatria Infantil, do S.N.D.M., do M.E.S.) — Rua Debret, 79 — sala 405 (Rio).

PLASCÊNCIA FILHO, Félix (Médico venereologista do Depart. Est. de Saúde) — Rua Andradas, 1.073 — 3.º, apto. 1 (Pôrto Alegre).

PORTELA, Osvaldo Baltazar (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Buenos Aires, 70 — 5.º (Rio).

PÔRTO, Jarbas Anacleto (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Servidores do Estado) — Av. Rio Branco, 116 — 14.º, sala 1406 (Rio).

PORTUGAL, Hildebrando Marcondes (Doc. livre e Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.; Prof. de Histol. da Fac. de Ciências Médicas) — Rua Prudente de Morais, 1.189 (Rio).

PORTUGAL, Osvaldo — Rua Batatais, 538 (São Paulo).

PROENÇA, Paulo (ex-ch. de Lab. da antiga Insp. de Profil. da Sífilis, Lepra e Doenças Venéreas) — Rua Voluntários da Pátria, 286 (Rio).

PRUDÊNCIO, João (Méd. do Serv. de Doenças Venéreas do 3.º Centro de Saúde do Estado da Bahia) — Rua Paraguassú, 20 (Salvador).

RABELO, Eduardo (*) (Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Fac. Nac. de Med.).

RABELO, Francisco Eduardo Acioli (Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Alcindo Guanabara, 15-A — 7.º (Rio).

RAMOS E SILVA, João (Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. 13 de Maio, 37 — 3.º (Rio).

RENDA, José (Assist. da Fac. de Med. da Univ. do Recife) — Ed. Trianon, sala 101 — Av. Guararapes (Recife).

RIBAS, Edgar Barbosa (Ch. do Serv. de Doenças Venéreas do Depart. de Saúde do Paraná) — Caixa postal, 461 (Curitiba).

(*) Falecido em 1940. Seu nome será perpètuamente conservado na lista dos componentes da Sociedade, de acôrdo com deliberação tomada em sessão de outubro de 1940.

RIBEIRO NETO, Domingos Oliveira (Doc. livre e assist. de dermato-sifil. da Fac. de Med. da Univ. de São Paulo) — Rua Peixoto Gomide, 1.665 (São Paulo).

RIETMANN, Bruno — Lad. de S. Bento, 8 (Salvador).

RISI, João Batista (Ch. do Inst. de Leprol. do Serv. Nac. de Lepra, do M. E. S.) — Rua Gastão Gonçalves, 31 (Niterói).

ROCHA, Clóvis Soisson da — Rua Castro Alves, 74 — Meyer (Rio).

ROCHA, Darcy (Doc. livre e Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Azenha, 705 (Pôrto Alegre).

ROCHA, Glyne Leite (Doc. livre e assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Av. Pres. Wilson, 228 — ap. 1202 (Rio).

ROCHA, Maria Clara M. da (Doc. de Clin. Pediátrica e Hig. Infantil da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Rua Gal. Vitorino, 273, ap. 3 (Pôrto Alegre).

ROCHA NETO, Mário Jorge Fernandes da — Rua Sinimbu, 1562 (Caxias do Sul, Rio Grande do Sul).

ROSSAS, Tomaz Pompeu (Ch. de Seção do Serv. Nac. de Lepra) — Rua Padre Leonel Franca, 100 — ap. 102 — Botafogo (Rio).

ROSSETI, Nicolau (Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Esc. Paul. de Med.) — Rua Baroneza de Itú, 459 (São Paulo).

ROTBERG, Abraão (Médico do Depart. de Profil. da Lepra) — Rua Vieira de Carvalho, 122 (São Paulo).

RUTOWITSCH, Mário (Doc. livre da Fac. Nac. de Med.; Ch. do Serv. de Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Servidores do Estado) — Rua Otávio Correia, 253 — Urca (Rio)

SA E SILVA, Lauro (Radiologista da Assistência Municipal) — Rua Alcindo Guanabara, 15-A — 7.º (Rio).

SALIBA, Nagib — Av. Augusto de Lima, 1.568 (Belo Horizonte).

SAMPAIO, Sebastião de Almeida Prado — Rua Marquês de Itu, 1.005 (São Paulo).

SANSON, Raul D. de (Prof. Cat. da Fac. Nac. de Med.; Ch. do Serv. da Policlínica de Botafogo) — Rua Debret, 79, sala 201 (Rio).

SANTOS, Carlos Candal dos (Doc. de Patol. Geral da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Rua Andradas, 1534 — térreo, fundos (Pôrto Alegre).

SANTOS, José Malheiros dos (Laboratorista da Div. de Lepra) — Rua São Paulo, 498 — 3.º (Belo Horizonte).

SATTAMINI, Eduardo (Assist. aposentado, do Inst. de Radiumterapia da Fac. Nac. de Med.) — Rua Conde Bonfim, 25 (Rio).

SCHWEIDSON, José (Assist. voluntário da cad. de Clin. Dérmato-Sifil. da Univ. do Paraná) — Av. 7 de Setembro, 2191 (Curitiba).

SERRA, Osvaldo (Assist. da Clin. Dermato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Laranjeiras, 490 (Rio).

SILVA, Alcides de Azevedo (da Fund. Gaffrée-Guinle e do Hosp. Geral da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Barão de Itapagipe, 117 (Rio).

SILVA, Cândido de Oliveira e (Assist. do Inst. de Leprol. do Serv. Nac. de Lepra, do M.E.S.) — Rua Engenheiro Pena Chaves, 15 — apto. 202 (Rio).

SILVA, Ives Palermo da — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador).

SILVA, Moacir dos Santos — Rua Sta. Luzia, 732 — 9.º (Rio).

SILVA, Newton Neves da — Av. Bastion, 528 (Pôrto Alegre).

SILVANY FILHO, Aníbal Muniz (Anátomo-patologista do Hosp. Sta. Izabel; Assist. de Anat. Patol. da Fac. de Med. da Univ. da Bahia) — Rua Conceição Foeppel, 51 (Salvador).

SILVEIRA, Edú Dias da (Assist. de Microbiol. da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Pano da Areia, 5926 (Pôrto Alegre).

SOARES, José Augusto — Rua Castro Alves, 53 (São Paulo).

SOUZA, Cristovão Colombo de (da Esc. Veterinária do Exército) — Trav. Guimarães Natal, 7 — ap. 301 (Rio).

SOUZA, Francisco Chagas (Doc. de Microbiol. da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Rua Coronel Bordini, 487 (Pôrto Alegre).

SOUZA, Paulo Alvaro de (Assist. da Fac. de Med. da Univ. do Recife e Méd. do Serv. de Lepra do Estado) — Av. Cruz Cabugá, 855 (Recife).

SOUZA-ARAUJO, Heráclides César de (Ch. de Lab. do Inst. Osvaldo Cruz) — Av. 13 de Maio, 37 — 1.º (Rio).

SOUZA COELHO, Roberto de — Av. Rio Branco, 251 — 11.º (Rio).

SOVERAL, Ivo — Av. 7 de Setembro, 65 (Salvador).

TERRA, Fernando (*) (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. Nac. de Med. da Univ. do Brasil).

TIBIRIÇÁ, Paulo de Queiroz Teles (Prof. Cat. de Anat. Patol. da Fac. de Med. da Univ. do Rio Grande do Sul) — Praça Don Feliciano, 56 — apto. 121 (Pôrto Alegre).

TÔRRES, Maria Imaculada Bergo — Rua Padre Eustáquio, 665 — Carlos Prates (Belo Horizonte).

TÔRRES, Otavio (Prof. Cat. da Fac. de Med. da Univ. da Bahia) — Av. Joana Angélica, 85 — Campo da Pólvora (Salvador).

TOSTES DE CAMPOS, José (do Lab. Central de Saúde Pública do Est. do Rio) — Rua Tavares Macedo, 222 (Niterói).

TRAMUJAS, Armando (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Paraná) — Rua do Rosário, 99 (Curitiba).

TREUHERZ, Valter — Rua Barão de Itapetininga, 120 — 7.º (São Paulo).

VIANA, João Bancroft (Assist. Cirurgião do Serv. Nac. de Câncer, do M.E.S.) — Rua Assembléia, 15 — 4.º, sala 46 (Rio).

VIEIRA, João Paulo — Rua Libero Badaró, 488 — 3.º (São Paulo).

VIEIRA, José Rêgo (Méd. do Depart. de Doenças Venéreas do Recife; Assist. da Clín. Dermatol. do Hosp. Santo Amaro) — Rua Aragão, 108 (Recife).

VIEIRA BRAGA, Raul (Dermatologista do I.A.P.I.) — Rua Conde Bonfim, 1228 — apto. 403 (Rio).

VILAS BOAS, Jaime (Inspetor Téc. da Fund. Gaffrée-Guinle) — Rua Barão de Itaipú, 133 — Andaraí (Rio).

VILAS BOAS, Norberto d'Avila (do Serv. de Dermat. da Fund. Gaffrée-Guinle).

VILLELA PEDRAS, José Augusto — Rua México, 98 — 4.º, sala 409 (Rio).

XAVIER, Alvorino Mércio — Rua Goitacaz, 223 (Pôrto Alegre).

ZAMITH, Vinicio de Arruda (Adj. efetivo da 4.ª M. H. da Santa Casa de São Paulo) — Rua Barão de Tatuí, 160 — apto. 31 (São Paulo).

ZÉO, Arnaldo (Méd. do Serv. de Lepra do Dist. Fed.) — Rua México, 41 — 16.º, sala 1602 (Rio).

(*) Falecido em 1947. Seu nome será permanentemente conservado na lista dos componentes da Sociedade, de acôrdo com deliberação tomada em sessão de maio de 1947.

Secção de São Paulo

(Departamento de Dermatologia e Sifilografia da Associação Paulista de Medicina)

Sessão de 14-11-1951

Aberta a sessão pelo presidente Dr. Luiz Batista, e estando presentes inúmeros médicos tisiologistas, foram discutidos os seguintes trabalhos:

PRIMEIROS RESULTADOS DO B.C.G. ORAL EM 2 CASOS DE LUPUS ERITEMATOSO DISSEMINADO — DRS. LUIZ BATISTA, NORBERTO BELLIBONI, LUIS DIAS PATRÍCIO e VINÍCIO ARRUDA ZAMITH.

Os autôres apresentaram os resultados obtidos com o tratamento pelo B.C.G. em duas doentes de lupus eritematoso disseminado. Ambas eram hiperérgicas à tuberculina, e foram submetidas a dessensibilização. Nenhuma terapêutica foi usada, senão a referida. Houve grande melhoria do estado geral das pacientes e regressão das lesões cutâneas, com reliquat cicatricial.

RESULTADO DA DESSENSIBILIZAÇAO PELO B.C.G. EM UM CASO DE LUPUS ERITEMATOSO FIXO — DRS. LUIZ BATISTA e NORBERTO BELLIBONI.

Os autôres apresentaram um caso de Lupus eritematoso fixo, com 2 anos de evolução e que, recentemente, evidenciara progressão das lesões. Havia hiperergia tuberculínica à diluição de 1/1.000, razão pela qual submeteram a paciente ao tratamento pelo B.C.G. via oral (0,20 g. por semana). Após 1,20 g. comprovaram melhoras apreciáveis no quadro dermatológico, e, ao totalizar 1,80 g. do medicamento, as lesões haviam desaparecido quase por completo, sendo que não se notaram sinais de intolerância por parte da doente.

Depois de fazerem a revisão da literatura sôbre a utilização do B.C.G. por via oral, salientando a ação dessensibilizante e reforçadora da imunidade desta vacina, sugerem êste tratamento em todos os casos de dermatoses hiperérgicas à tuberculina. Tecendo ainda considerações sôbre a terapêutica dessensibilizante e reforçadora da imunidade, lembram a possibilidade de se tentar o seu emprêgo nas formas de lepra lepromatosa, com a finalidade de desenvolver imunidade paralela, salientando ainda terem empregado o B.C.G. em dois casos de lepra lepromatosa residual com alta, que se tornaram Mitsuda positivos após a becegeização concorrente.

CASO DE ESPOROTRICOSE TRATADO PELO ANTIMONIATO DE N-METILGLUCAMINA (GLUCANTIME) — DRS. LUIZ BATISTA, NORBERTO BELLIBONI e RAIMUNDO MARTINS DE CASTRO.

Os autôres apresentam um caso cujas lesões ulcerosas, de bordos elevados e infiltração de base, além de outras de aspecto úlcero-gomoso, necessitava de um diagnóstico diferencial entre esporotricose e leishmaniose. Inicialmente a pesquisa direta de cogumelos foi negativa e a R. Montenegro fracamente positiva, o que levou os AA. a administrarem Glucantime. Logo mais foi confirmado o diagnóstico de esporotricose; contudo, em consequência da melhoria observada pela paciente, acharam interessante prosseguir a terapêutica. Houve desaparecimento, das gomas fechadas, com as primeiras injeções e, depois, também as lesões ulcerosas evidenciaram uma rápida cicatrização.

Na bibliografia consultada não tiveram os AA. oportunidade de verificar referência alguma sôbre o emprêgo do Antimoniato de N-metilglucamina (Glucantime) na esporotricose, daí o chamarem a atenção para êsse fato.

Todos os trabalhos foram muito comentados pelos presentes.

Notícias e Comentários

EDITORIAL

Quando em nosso último número se engalanava esta seção para homenagear o jubileu magistral de Joaquim Mota, bem longe estávamos de supor a iminência da morte do grande dermatologista compatrício.

Reverenciando a memória de quem foi por longos anos redator-secretário e integrante do Conselho Científico dêstes Anais, pedimos vênia para transcrever aqui a oração fúnebre por nós pronunciada em a manhã de 26 de janeiro do corrente ano.

"Ainda se não apagaram as ressonâncias de uma comemoração jubilar, eis que a mesma voz, ali alevantada para exalçar a figura do Mestre querido, ora se faz ouvida nesta conjuntura trágica.

Ontem era uma festa onde se entoavam loas ao professor insigne e ao cientista invulgar. Hoje, em um ato de dor e compunção, vimos dizer-lhe o adeus definitivo. Diverge a ambiência das cerimônias, mas não o seu cerne; em uma e outra se glorifica uma vida.

Os mesmos motivos, que antes levaram à indicação do intérprete, impelem-me a solicitar-vos poucos minutos de escuta.

Falo na qualidade de integrante da família científica do Mestre, em nome de seus assistentes. Por doze anos o acompanhei na Fundação Gaffrée-Guinle, instituição de que foi uma das pedras basilares.

Quando aqui cheguei, não me premunira de roteiro. Escoaram-se meses antes de fixar-me na preferência. Vanglorio-me, hoje, de haver acertado na escôlha.

A princípio um simples aluno pós-graduado, por fim seu assistente, ninguém melhor para aquilatar-lhe o mérito legítimo.

Sempre constituímos um grupo cordial e homogêneo, atento aos ensinamentos do Mestre. Era de ver-se a camaradagem em que dirimíamos as dúvidas e inquietações. Jamais vicejou entre nós o regime do "magister dixit". Em face do paciente, cada um expendia as considerações que lhe aprouvesse, e Joaquim Mota acatava-as tôdas. Nunca o vi contrapor-se ao nosso diagnóstico sem escudar-se em argumento ponderável. Dificilmente o Mestre se enganava. Mas quando um de nós levava a melhor na pendência — não foram muitas vêzes — antepunha-se a felicitar-nos pelo êxito.

Joaquim Mota pertencia à estirpe dos velhos médicos providos do que se convenciona chamar tino clínico. Espírito formado na cultura gaulesa, sua vida foi a exaltação do primado da medicina clínica. Aos seus olhos o doente, livro aberto a tôda especulação, era sobretudo um ser humano, cujos sintomas não careciam interpretados como elementos de uma equação matemática.

Em dia com a evolução da Ciência, nunca perdeu de vista a instabilidade de qualquer descoberta para fins de aplicação no terreno humano. Com que ceticismo acolhia o trombetear de novidades terapêuticas antes de suficientemente provadas na longa experimentação clínica!

O golpe que de inopino se abateu sôbre nós, deixa-nos, a todos, perplexos, atônitos. Vivendo e convivendo em uma escola de idealismo, não poderíamos sentir mais ingente a sua rudeza.

Sofrendo a não suportar a garra que adentrou nossos corações, busco enfeixar, em momento de quase desvario, as fôrças que me sobram, para exclamar: Não sei se estamos vivendo na morte ou morrendo na vida. Com o decesso de Joaquim Mota, cada um de nós morre um pouco. E a mim, particularmente se me afigura assistir aos funerais de um ideal!..."

PERILO PEIXOTO.

Simpósio internacional sôbre bouba

A 5 do corrente mês de março, viajou com destino à Tailândia o Dr. Felipe Nery Guimarães, pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz e sócio efetivo da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, a fim de, atendendo a honroso convite da Organização Mundial de Saude, relatar a situação da bouba no Brasil, ao ensejo da realização, naquele país asiático, e sob os auspícios da referida Organização, de um simpósio internacional para coordenação de programa para combate à mencionada doença.

Recebemos e agradecemos

— Sifílide e Malattie Veneree. Diagnosi e Terapia. Arturo Fontana. 8.ª edição, revista e melhorada por Alessandro V. Ferrari. Unione Tipografico, Editrice Torinense. Turim, 1951.

— Atlas of Framboesia. A nomenclature and clinical study of the skin lesions. K. R. Hill, R. Kodijat e M. Sardadi. World Health Organization. Genebra, 1951.

— Cardiolipin Antigens. Preparation and chemical and serological control. Mary C. Pangborn, F. Maltaner, V. N. Tompkins, T. Beecher, W. R. Thompson e Mary Rose Flynn. World Health Organization. Genebra, 1951.

— Temas de Parasitologia Medica y Patologia Tropical (Trabajos de la Catedra de Parasitologia). Tucuman, 1951.

— Estudo da reação à lepromina (Mitsuda em cães). Histopatologia, significação. J. Lopes de Faria. Editado pelo Serviço Nacional de Lepra. Rio

Notícias diversas

Segundo comunicação recebida por esta revista, para dirigir a Sociedade Cubana de Leprologia, em 1952 e 1953, foi eleita a seguinte Diretoria: Presidente, Dr. Alberto Oteiza Setién; Vice-Presidente, Dr. Francisco R. Tiant; Secretário, Dr. Ramón Ibarra Pérez; Vice-Secretário, Dr. Guillermo Sowers; Tesoureiro, Dr. Fernando Trespalacios; e Vice-Tesoureiro, Dr. Juan Grau Triana.

Prof. Joaquim Mota

Em sua primeira reunião do corrente ano, realizada a 26 deste mês de março, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia homenageou a memória do Professor Joaquim Mota, falecido a 26 de janeiro último.

Inicialmente, falou, pela Clínica Dermato-Sifilográfica da Universidade do Brasil, o Prof. H. Portugal, que proferiu o seguinte discurso:

"Começou lutuosamente, para nossa Sociedade e para a dermatologia brasileira, o ano de 1952. Perdíamos logo no seu alvorecer, a 26 de janeiro, um dos nossos mais eminentes e queridos companheiros — Joaquim Pereira da Mota.

Mal refeitos ainda do choque do seu desaparecimento tão precoce e inopinado, e já a sua personalidade ímpar evoca aos corações amigos as mais gratas reminiscências.

Os sentimentos de afeto são, sem duvida, dos que mais elevam e dignificam a condição humana. Por êsse motivo quero recordar aqui a vida e a obra de Joaquim Mota através da firme e inquebrantavel amizade que nos uniu por quase trinta anos. Uma amizade — folgo em repetir — que tanto me valeu em conselhos e em favores.

Conheci Mota ao ingressar na Faculdade, no ano longinquo de 1917. Mas não tive a oportunidade de hombrear-me com o jovem Doutor que terminava o curso nesse ano, como um dos laureados da sua turma. Na época em que tôdas as aulas da escola e do hospital se encontravam em Santa Luzia, os fatos da vida escolar tinham reprecussão geral entre os estudantes.

Por isso o nome de Mota chegou aos meus ouvidos de noviço e alcandorou-se na minha imaginação moça como o de um ente já consagrado pelos meritos e pela fama. Que distância me separava daquêle que ia ser um dos meus grandes amigos!

Logo depois soube pelo seu mano Miguel, — o bom, o folgazão, o talentoso Miguel, — meu colega de turma, que Mota ingressara no Corpo de Saude do Exército. Primeiro logar no concurso. Era sua vocação para as vanguardas que se revelava.

Quatro anos se passaram para de novo ouvir falar no seu nome. Ainda é o Migual que diz haver Mota deixado o Exército e ingressado na Saude Publica. Sempre por concurso. Sempre à frente; em segundo logar entre dezenas de candidatos. A acrescentava que se ia consagrar a dermatologia.

Por essa época, juntamente com Ferreira da Rosa, era eu interno de Fernando Terra. E naquela jactância própria da idade já me tinha por um pequeno virtuose da dermatologia.

Dêsse modo, a noticia de que Mota ia se dedicar à especialidade humanizava mais a sua pessoa. A distância que guardavamos como que se sumia. Estavamos no mesmo plano. E até imaginariamente tomei uma atitude protetora. Talvez lhe pudesse ser util nos passos iniciais. Tanto mais quanto era irmão de um colega de turma, muito das minhas simpatias.

Mas essas sutis ilusões se esfumaram no torvelinho da vida até que, passados varios anos, nos encontrassemos, dessa vez, frente a frente. Foi em 1924, na Fundação Gaffrée-Guinle, quando eu me candidatava a medico dos seus ambulatórios. Viviamos as chamadas "duras realidades". Ambos nos preparavamos para a conquista do pão e... do futuro.

A impressão que me causaram êsses primeiros contactos foi indelevel. Regressara Mota da Europa, depois de prolongado estágio na clinica de Pautrier e no "Hôpital Saint Louis". Era a melhor recomendação para a época, em que a dermatologia francêsa vivia ainda a sua idade de ouro e era a unica, praticamente, conhecida entre nós. Nas trocas de ideias ou diante dos casos revelava seus sólidos conhecimentos, a segurança nos diagnosticos, a perfeita tecnica de exame, tudo isso aliado a grande clareza e elegância de expressão.

Tôdas essas peregrinas qualidades deram-me desde logo a convicção de que Mota era um vencedor. Mas os triunfos legitimos e completos não são faceis de conquistar. Quantas lutas, sacrificios e renuncias aos amavios da vida lhe foram ainda necessários para atingir ás culminâncias a que chegou! Tempos depois, quando já amigos, falavamos a respeito das nossas atividades particulares. A clientela, dizia-me, não depende da nossa projeção profissional, de cursos ou concursos, de publicações ou pesquisas. Há um fator imponderável que a move e está fora do nosso alcance. Essa incognita, desconhecida pela sua impaciência jovem, era a perseverança, a virtude que nunca lhe faltou.

Em 1925, quando o insigne Eduardo Rabelo assumiu a cátedra de Dermato-Sifilografia, Mota veio a formar entre os seus assistentes. No inicio, suas atividades eram variadas. Auxiliava os cursos do mestre, dedicava-se aos Anais Brasileiros de Dematologia e Sifilografia, na qualidade de secretario-faz-tudo, como sempre foi e até hoje é, conforme pode testemunhar o atual ocupante

do cargo. Foi desde logo um assíduo e eficiente colaborador da nossa Sociedade, à qual serviu em todos os cargos, desde secretário de sessão até presidente. Seus casos, recrutados entre os doentes do antigo ambulatório Viscondessa de Morais, por êle chefiado, eram primorosamente estudados e documentados.

Logo em seguida, em 1926, cuidou da elaboração da tese para a docência-livre, na qual fiz as minhas primeiras armas na histologia da pele. Revelava-se, aí, percuciente investigador, de espírito penetrante e minucioso, estudando os temas em profundidade. Para a confecção da tese fez mais de 200 consultas bibliográficas, reuniu 94 observações pessoais, e praticou 16 exames histo-patológicos numa época em que não se faziam biópsias. Essa tese, intitulada "Leucoqueratose bucal", em que o assunto é abordado sob os seus múltiplos aspectos, se publicada em língua mais conhecida, seria obra de consulta forçada e citação compulsória.

O concurso, realizado em fins de 1926, constituiu retumbante êxito.

Os mesmos dons se revelam em outra monografia logo após dada a lume, — "Aspectos e sintomas da lepra dissimulada", com a qual foi admitido à Academia Nacional de Medicina. Esta, porém, mercê de melhor divulgação, ficou muito mais conhecida, sendo mencionada em publicações estrangeiras.

A revolução de 30, encontrou-nos no Serviço de Lepra e Doenças Venéreas. Ali ingressara eu, meses antes, em modestíssimo cargo, embora diplomado em Saúde Pública. Ainda assim só o consegui devido à interferência amiga de Silva Araújo, Mota e Armínio Fraga.

Com a nova orientação do movimento triunfante, o Serviço foi sendo desarticulado e, por último, extinto. E por isso, cada um de nós tomou rumos diferentes.

Em 1936, quando se fundou a Faculdade de Ciências Médicas, os bons fados de novo nos juntaram. Mota, desde logo escolhido para professor de Clínica Dermatológica, participava das reuniões destinadas a completar o quadro do magistério e ultimar a organização. E foi então, por proposta sua, pela sua mão amiga, que vim a fazer parte da nova Faculdade.

A partir de 1939 iniciou os seus cursos de Clínica Dérmato-Sifilográfica da Faculdade, no seu novo Serviço da Fundação Graffée-Guinle, com a regularidade, a organização e o método que emprestava a todos os seus empreendimentos. As suas já proclamadas aptidões magisteriais tiveram, então, uma excepcional refulgência. Ficou sendo um dos professôres mais frequentados, queridos e admirados pelos seus alunos. Figurou, como homenageado, em numerosos quadros de formatura e, por último, foi eleito paraninfo da turma de 1951.

Mota chegava, nesses tempos, ao pináculo da sua carreira. Professor eminente, membro da Academia Nacional de Medicina, possuidor de numerosa e seleta clientela, presidente por dois anos da nossa Sociedade, durante os quais reformou os estatutos, permitindo a criação de filiais e as futuras reuniões anuais, presidente depois da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, inúmeros outros encargos e honrarias lhe ornamentavam a personalidade. Os louros de tão bela situação, trouxeram, entretanto, gravames bem onerosos. Os homens que conquistam a consagração dos coevos não mais se pertencem. As solicitações e exigências do meio os absorvem, escravizam e consomem.

E assim, sem poder fugir a essas contingências, se extinguiu Joaquim Pereira da Mota, em pleno apogeu da sua atividade fecunda, benemérita e dinâmica. Desaparecendo dentre os vivos, deixou ainda muito de si para os que ficaram: os exemplos da sua vida laboriosa e honrada, os seus ensinamentos de mestre consumado, as suas realizações no campo da medicina científica e o luminoso perfil de um dos homens mais dotados do seu tempo.

Em seguida, usou da palavra o Prof. J. Ramos e Silva, o qual, em nome do Serviço de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e da cátedra de Clínica Dermatológica da Escola de Medicina e Cirurgia, assim se pronunciou:

"Os que trabalhamos no Serviço de Dermatologia da Policlínica Geral e na Clínica Dermatológica da Escola de Medicina e Cirurgia associamo-nos de todo o coração a êste preito de saudade que a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia consagra à memória da preclara figura de seu antigo presidente, Joaquim Pereira da Mota. O biênio 1942-43, de sua gestão nesta casa, foi dos mais brilhantes para a nossa Sociedade.

"Quomodo fabula sic vita; nom quam diu sed quam bene acta sit refert". A vida de Mota satisfaz em absoluto a êste preceito de Seneca. Entretecida no labor frutuoso, no estudo constante e no culto amorável de sua família, fluiu por demais rápida e se apagou quando ainda no zenith de sua marcha, que se mostrava cada vez mais gloriosa.

Carioca de nescimento, formou-se Joaquim Mota em 1917 pela Faculdade Nacional de Medicina, defendendo tese sôbre "Insuficiência suprarrenal no impaludismo", trabalho que lhe valeu desde logo a láurea do prêmio Torres Homem. Desta época data a mais antiga reminiscência pessoal que possuo de nosso pranteado consócio. Numa mesma página de revista figuram as fotografias de três antigos presidentes desta Sociedade, todos ostentando uniformes militares: o Prof. H. Portugal e quem vos fala, numa "parada" da linha de tiro da Faculdade, e Joaquim Mota, com os seus inseparáveis amigos daquela época e de sempre: R. Cordeiro de Faria e Jaime Vilas-Boas, num grupo de convocados ou sorteados do Exército.

Orientado para a clínica médica e o laboratório, logo depois entra para o corpo de saúde do Exército, indo servir no Hospital Central do Exército. Éramos, então, por vêzes, modestos passageiros da linha de bondes Jóquei-Clube, hoje desaparecida, que servia àquele nosocômio.

1921 marca uma mudança de orientação que veio a ter significação decisiva na vida do nosso homenageado. Após memorável concurso, entra para a Saúde Pública e vai servir sob a chefia de Eduardo Rabelo e de Silva Araújo Filho, na Inspetoria da Lepra, então inaugurada. Rebelo condu-lo à Clínica Dermatológica da Faculdade, na antiga 19.ª Enfremaria da Santa Casa, traçando-lhe o destino de dematologista e de professor da especialidade. Afluem então os marcos que assinalam a carreira auspiciosa de Mota: sua viagem à Europa, em 1924, com estágio na clínica da Pautrier, em Estrasburgo, a conquista da livre-docência em 1926, com uma memória hoje clássica sôbre leuco-queratose bucal, a eleição para a Academia Nacional de Medicina, com uma monografia de grande valor sôbre o diagnóstico da lepra, depois os seus cursos equiparados de Clínica Dermatológica e por último a catedra da Faculdade de Ciências Médicas.

1940 reserva-lhe um grande triunfo: a reunião, no Rio, da 1.ª Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis, de que foi presidente, animador e realizador total.

A par disso, veio-lhe a imensa clientela em cujo exercício se comprazia seu atilado espírito clínico bem versado nas subtilezas do diagnóstico — tanto no discrime dermatológico das lesões, como na verificação das alterações internísticas concomitantes, cujo estudo havia aprimorado quando de seu internato com Miguel Couto, e vieram as obrigações da sucessão administrativa de Rabelo e Silva Araújo na Profilaxia da Lepra e as do Serviço Clínico da Fundação Gaffrée-Guinle, tudo demandando um esfôrço sôbre-humano, ao qual fazia face J. Mota, achando ainda tempo para frequentar as nossas reuniões, presidir a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e escrever substanciosos trabalhos, publicados aqui e no estrangeiro. Certos assun-

tos foram de sua especial predileção: as foliculoses, a balanite de Stühmer, a leucoplasia, a lepra, a sifilografia clinica e terapêutica.

Com seu sorriso característico — cujos traços conservou para além da morte — dominava calmamente todo êsse mundo de deveres complexos e absorventes. Ainda há pouco o comité de nomenclatura desta Sociedade teve ocasião de testemunhar a sua erudição, o seu tacto e a sua operosidade na redação conjunta do trabalho que foi apresentado ao Congresso Latino-Americano de 1950.

Os doutorandos de 1951, da Faculdade de Ciências Médicas, reconhecidos aos seus altos méritos, elegeram-no paraninfo. A Parca cruel impediu, porem, que êle pudesse presidir a cerimônia final do curso dêsses jovens.

Em plena atividade intelectual, profissional e social, finou-se Joaquim Mota, deixando um claro impossível de preencher. Foi uma bela vida, plena de trabalho e de glória e que não conheceu fase de decadência, sempre triste e amargurada para êsses talentos de escol".

Por fim, discursou, pelo Serviço que Joaquim Mota dirigia na Fundação Gaffrée-Guinle, o Dr. Perilo Peixoto, que disse:

"Deixai que me embale a saudade, êsse "amado fantasma evocado pelo coração", no dizer de Ruy, e em seu seio me faça retrogradar quinze anos, no amável amplexo da reminiscência. Entre jubiloso e angustiado, enceto no tempo a viagem de retôrno, apegando-me aos recônditos da memória. Poderá faltar um ou outro pormenor, que em nada transfigurará na visão de conjunto ao quadro.

Foi nesse recinto mesmo que pela vez primeira avistei o Mestre. Procedente de um Estado nordestino, concretizava eu o anseio de realizar um curso de Leprologia, para o bom desempenho das funções que ali me haviam sido cometidas.

Sentindo a imprescindibilidade de aprofundar-me na Dermatologia, para não ser um leprólogo mutilado, ao passo que prosseguia o curso, mais e mais se me arraigava a idéia de ampliar o aperfeiçoamento. Bati em várias portas, que se fechavam esquivas ao meu intento. Naquela época ainda se fazia tabu da especialização dermatológica. Só a uns poucos eleitos era dado professá-la; campeava o empenho de sonegá-la aos curiosos, no temor de a divulgação dos conhecimentos ensejar a concorrência profissional. A bôca miuda assoalhavam alguns não seriam estultos de alardearem aquilo que tanto lhes custara.

Estive por desanimar. Levado, porém, pela mão de Heráclito Caldas à presença do Mestre, vi desvanecer-se em um minuto a egolatria néscia dos medalhões. Já lhe ouvira as aulas, e em dêle me acercando senti na sua plenitude a consecução do meu designio.

O resto é fácil de adivinhar-se. Desde aquêle dia, não mais me apartei do Mestre. A êle devo o encontrar-me a mim mesmo. Nos bancos acadêmicos vagueara da Anatomia Patológica à Cirurgia. Feito médico, ensaiara-me na Leprologia. Por fim, o luzeiro do seu saber levava-me ao estuário da Dermatologia. Estava gizado o roteiro.

Qual teria sido o motivo que a tanto me impelira? Que justificaria tamanho fascinio?

Vi em Joaquim Mota o homem forte que se traçou um rumo na existência e bem o cumpriu. Derribou todos os óbices que se lhe antepuseram. Sua vida foi o caminhar incessante, de êxito em êxito, até a glória.

A meu ver, três foram os fatôres preponderantes em sua carreira: o internato de Clínica Médica, o ensinamento de Eduardo Rabelo, e o estágio na Faculdade de Medicina de Estrasburgo.

A só presença de Migual Couto bastaria para plasmar a mentalidade do interno acadêmico, transfundindo-lhe as noções que iriam lastrear o futuro especialista. Que estranha fôrça catalítica emana dos grandes homens! Não são de hoje os exemplos. Na minha Bahia sói apontarem-se a dedo aquêles

que foram internos de Alfredo Brito: quase todos se tornaram insignes médicos e professôres.

O aprendizado com Eduardo Rabelo — por sugestão de Manuel Petrarca de Mesquita — haveria de abrir-lhe o caminho da especialidade. Na convivência do excelso mestre, encontrou onde dessedentar seu espírito sempre à cata de novos saberes.

Por último, a estada em Estrasburgo iria moldar o perfil do especialista. Em terras de França, aonde o levara a ânsia de mais e mais conhecer, houve por bem Joaquim Mota haurir na escola de Pautrier as vantagens que propiciava o caldeamento cultural da fronteira franco-germânica. De uma feita lhe perguntei por que preferira Estrasburgo a Paris, quando todo mundo se quedava na velha Lutécia, enamorado da vetustez gloriosa do Hospital S. Luiz. "Ali eu via as cousas mais de perto", veio a resposta pronta. O sulco deixado em seu espírito por Pautrier seria definitivo: em Estrasburgo o dermatologista integrou-se na posse de si mesmo. Eis mais uma evidência na vida dos grandes homens: o saberem êles próprios encontrar o seu destino. Ai dos que deixam escapar a oportunidade, quase sempre única! Que gênio musical não teria sido Carlos Gomes se, ao invés de demandar a Itália na época da decadência ali da arte lírica, houvesse anuído ao aviso de Pedro II, que lhe apontara o caminho da Alemanha, onde luzia o sol do wagnerismo?

A personalidade médica de Joaquim Mota merece encarada sob quatro facetas, cada qual mais esplendente: o sanitarista, o cientista pròpriamente dito, o professor e o clínico.

O concurso para inspetor-sanitário já vaticinara o sanitarista que secundaria Carlos Chagas, Eduardo Rabelo e Oscar da Silva Araújo na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. O regulamento sanitário então vindo a lume, e no qual se estribam os atuais, teve sua colaboração decisiva.

Da pena do cientista fluiu quase uma centena de trabalhos publicados, em que avultam os concernentes à padronização do tratamento da sífilis, à classificação das formas clínicas de lepra e ao estudo da lepra tuberculoide; a tese de docência livre, firmando ponto de vista patogênico pessoal sôbre a leucoceratose; a monografia com que ingressou na Academia Nacional de Medicina, "Aspectos e sintomas da lepra dissimulada", e que se constituiria livro clássico nas letras médicas nacionais; "Alérgides micóticas"; "Manifestações palmo-plantares da Bouba"; "Epitelioma baso-celular hipercrômico"; "Manifestações cutâneo-mucosas da sífilis congênita na infância"; "Foliculoses alérgicas e carenciais. Espinulosismo"; etc., etc... Vezes sem conta representou o Brasil em congressos científicos internacionais, nêles sempre se havendo com fulgor. Idealizou e levou a cabo a 1.ª Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis.

A vasta experiência oriunda do período áureo da Fundação Gaffrée-Guinle haveria de orná-lo com o título, no consenso geral, de maior sifilógrafo brasileiro. Em dia com a evolução da sua especialidade, nunca se deixava arrebatar nos albores das descobertas ou inovações. É de todos conhecido o que pensava da alergia dermatológica e da penicilinoterapia anti-sifilítica. Seu espírito arguto jamais foi prêsa do afã da mor parte, a ver na alergia a solução de intrincados problemas como o eczema. Não que êle descresse da alergia; mas encarava com cepticismo as ilações que não trouxessem a chancela do dermatologista autorizado. De longa data arcabouçava na mente a concepção que Tzanck advogaria mais tarde: "Il faut mettre l'allergie dans la Médecine, pas la Médecine dans l'allergie". Também não o empolgava a penicilinoterapia na sífilis; recebeu sem estrépito a nova arma que, sempre o asseverou, vinha reforçar nosso arsenal terapêutico, sem contudo resolver o problema da cura da sífilis. Germinavam em seu cérebro conceitos originais sôbre a patogenia das liquenificações e a provável relação destas com o confuso grupo das amiloidoses. É lastimável não lhe haja permitido a morte iniciar a obra que delineara escrever êste ano, e na qual legaria à posteridade seu pensamento acêrca da Dermatologia e da Sifilografia.

Em 25 anos de magistério — são de ontem as comemorações de seu jubileu — repartiu com os alunos o que extraía do saber e experiência argamassados. Não foi um conferencista empedernido. Sempre fugiu de atulhar de frioleiras teóricas a cabeça dos estudantes. Suas aulas eram uma conversa amistosa entre professor e discípulos, uma espécie de colóquio sentimental onde se não discerniam veleidades doutorais. A grande concorrência, outrora a seus cursos de docente livre, e por fim, às preleções do catedrático, atesta à saciedade o quanto se lhe afeiçoavam os alunos.

Cultor de especialidade essencialmente objetiva, à sua inspeção não se eximiam pormenores. Palpava, curetava, embevecido na exploração semiológica, e de chófre lhe irrompia a conclusão diagnóstica. Mas, quando se apresentava difícil o caso, com que sinceridade o proclamava. Grande lição aprendi-a quando o Mestre exclamou após o exame de um doente: "Não faço a menor idéia do que isto seja!" Joaquim Mota — eu o disse certa vez — "pertencia à estirpe dos velhos médicos providos do que se convenciona chamar tino clínico... Sua vida foi a exaltação do primado da medicina clínica. Aos seus olhos o doente, livro aberto a tôda especulação, era sobretudo um ser humano, cujos sintomas não careciam interpretados como elementos de uma equação matemática".

Detentor de tantas e tantas qualidades, dêle pode dizer-se que mudou a face da Dermatologia e da Sifilografia entre nós, justapondo a sua figura à dos maiores mestres compatrícios.

Como vêdes, senhores, foi das mais eminentes a personalidade cuja memória se reverencia nesta sessão. Agigantou-se em nosso meio, emulando a homens de porte. Galgou todos os postos da carreira, ajudado por seu próprio valor. Em vida, alcançou a glória de sentir venerado o seu nome, até mesmo além das lindes pátrias. E na morte, ninguém foi mais pranteado.

É destino dos grandes homens: através de suas obras e exemplo, o perdurarem vivos na morte, intangíveis, a desafiarem a ação anuviadora do Tempo...

Joaquim Mota: A escola dermatológica que criastes faz-se presente neste instante para anunciar-vos que se extingue convosco. Não aspiramos a corvejar-vos os despojos. Reiterando o que afirmámos à beira do vosso tumulo, exclamamos: Com o vosso decesso, "cada um de nós morre um pouco. E a mim, particularmente se me afigura assistir aos funerais de um ideal!..."

Bibliografia Dermatológica Brasileira

— Quelques remarques sur la therapeutique sulfonée dans la lépre. H. Floch et P. Destombes, Arq. mineir. leprol., 11:11 (jan.), 1951.

— Sulfonoterapia em crianças lepromatosas da Colônia Santa Isabel. Olinto Orsini e Itamar Tavares. Arq. mineir. leprol., 11:16 (jan;) 1951.

— Plano de estudos das piodermites encontradas nos membros inferiores dos hansenianos. Josefino Aleixo. Arq. mineir. leprol., 11:34 (jan.), 1951.

— Infecção do hamster (cricetus auratus Waterhouse) pelo agente da micose de Lutz (blastomicose sul-americana). F. Nery Guimarães. Hospital, Rio de Janeiro, 40:515 (out.), 1951.

— Elefantiase dos membros inferiores. Roberto Farina. Hospital, Rio de Janeiro, 40:521 (out.), 1951.

— Tinha do couro cabeludo (a propósito de um caso tratado pelo hormônio testicular). Mário Rutowitsch. Bol. Centro Est. do Hosp. Serv. do Estado, 3:151 (jul.), 1951.

— Ensaios sôbre lepra experimental. Inoculações de três amostras de bacilos ácido-álcool-resistentes (amostras "Chaves II" "Emilia" e "Hecke") isolados de leprosos, em trinta doentes da Colônia Mirueira. H. C. de Souza Araújo e Jorge Gomes de Sá. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 49:659, 1951.

— Tratamento da sífilis pela penicilina. Evolução de 50 casos. Vicente Z. Mammana e Manoel T. Hidal. Rev. paulista de med., 39:350 (out.), 1951.

— Aspectos clínicos da amiloidose cutânea primitiva. Argemiro Rodrigues de Souza e Luis Dias Patricio. Rev. paulista de med., 39:333 (out.), 1951.

— Investigação alergo-dermatológica na indústria gráfica — E. Brum Negreiros. An. brasil. de dermat. e sif., 26:167 (dez.), 1951.

— Difteria cutânea com localização nos genitais externos masculinos. L. M. Bechelli e L. Batista. An. brasil. de dermat. e sif., 26:173 (dez.), 1951.

— Formas discrômicas do eritematodes — Flaviano Silva. An. brasil. de dermat. e sif., 26:189 (dez.), 1951.

— Leishmaniose cutânea mediterrânea. G. Daguet. An. brasil. de dermat. e sif., 26:195 (dez.), 1951.

— Ação da terramicina sôbre cogumelos patogênicos. Newton Guimarães e M. Eugênio da Silva. An. brasil. de dermat. e sif., 26:203 (dez.), 1951.

Nesta lista bibliográfica são incluidos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais por nós recebidos.

Análises

V — REPRODUÇAO EM CAMUNDONGOS (MUS MUSCULI, VAR. ALBINA) DE UMA LEISHMANIOSE CUTANEA, NÓDULO-TUMORAL (HISTIOCITOMA LEISHMANIOTICO) OCORRENDO NA AMAZONIA. F. NERY GUIMARÃES. *O Hospital*, Rio de Janeiro, 40:919 (dez.), 1951.

U'a amostra de Leishmania brasiliensis Vianna, 1911 (A. "Raimundo"), oriunda da Amazônia e determinando lesões clínicas nódulo-tumorais (histiocitoma leishmaniótico), foi experimentada em camundongos. Do mesmo modo que nos hamsters, essa amostra não apresentou poder invasor para as vísceras dos camundongos, fato que a distingue de 6 outras provenientes de vários pontos do Brasil, as quais visceralizaram no organismo dêsses roedores. Por outro lado, também do mesmo modo que nos hamsters, as lesões cutâneas obtidas desenvolveram o caráter nódulo-tumoral, como consequência da proliferação histiocitária. Mesmo em lesões metastáticas, manteve-se constante êsse caráter nódulo-tumoral (histiocitoma leishmaniótico). Essa amostra foi considerada uma variedade da espécie L. brasiliensis. Inoculações em camundongos com culturas dessa amostra, quando recentemente isolada, deram resultados semelhantes aos obtidos com a injeção de triturado em salina de tecidos infectados, e acima referidos. No total, foram injetados 48 camundongos brancos (com material direto e com culturas e pelas vias sub-cutânea e peritoneal). Vinte animais mostraram-se positivos (41.7%), com as seguintes percentagens de infecção, segundo os órgãos: testículo (vaginal) 85, pele 75, coração 20, baço 15 e fígado 15. Nestes dois últimos órgãos, o encontro de leishmânias foi sempre ocasional, sem lesões atribuíveis à presença de parasitos. Todos os outros órgãos, inclusive cérebro, foram sempre negativos, à exceção de um gânglio justa-testicular e de outro inguinal, os quais continham leishmânias.

Todos os animais injetados por via sub-cutânea, desenvolveram lesão no ponto inoculado (focinho), com a histiocitomatose característica e abundância de leishmânias. Em cortes dessa lesão, foram vistas grandes áreas formadas por milhares de leishmânias extracelulares, proliferando como em cultura no tecido intersticial. Aí foram vistas algumas formas flageladas.

Dois animais apresentaram lesões metastáticas (na orelha e na pata, respectivamente), nas quais o aspecto tumoral era notável, encontrando-se histopatologicamente, a mesma proliferação histiocitária com riqueza de leishmânias (histiocitoma leishmaniótico).

Resumo do Autor.

A REAÇAO DE FIXAÇAO DO COMPLEMENTO COM ANTIGENO DE L. BRASILIENSIS NA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA E NA DOENÇA DE CHAGAS. ZIGMAR BRENER. *O Hospital*, Rio de Janeiro, 41:269 (fev.), 1952.

O autor estuda a conveniência de pesquisas sorológicas na leishmaniose tegumentar americana e apresenta os resultados da reação de fixação do complemento feita com antigeno de culturas da *L. brasiliensis* preparado segundo a técnica de Davis na leishmaniose tegumentar e na doença de Chagas. Num grupo de 11 leishmanióticos a reação foi positiva em 10 dos doentes e negativa em um. De 15 individuos com doença de Chagas a reação foi positiva em 14 dêles e negativa em um. Faz referência ao relativamente baixo poder fixador em relação ao poder anti-complementar e à reação de grupo encontrada. Chama atenção para o fato de que, em vista dos resultados positivos obtidos nas duas protozooses acima referidas, a reação de fixação do complemento só terá valor diagnóstico na leishmaniose quando for devidamente afastada a possibilidade da concomitância de infecção esquizotripanosica.

Resumo do autor.

A PRODUÇAO DE REAÇÕES DE HERXHEIMER PELA INFECÇAO DE SORO IMUNE EM COELHOS COM SIFILIS EXPERIMENTAL (THE PRODUCTION OF HERXHEIMER REACTIONS BY INJECTION OF IMMUNE SERUM IN RABBITS WITH EXPERIMENTAL SYPHILIS). H. H. SHELDON, A. HEYMAN e L. D. EVANS. *Am. J. Syph. Gonor. & Ven. Dis.*, 35:405 (set.), 1951.

Foi colhido sôro sanguineo de vários coelhos com sifilis experimental, variando de 8 a 10 semanas de duração, com reação de Kahn positiva, e injetado por via endovenosa em outros coelhos portadores de sifilomas cutâneos. Sôro em idênticas condições de coelhos sadios (reação de Kahn negativa) foi injetado também em coelhos portadores de sifilomas cutâneos, como contrôle.

As alterações histológicas produzidas nos sifilomas cutâneos dos coelhos pela administração do sôro sifilitico foram similares às provocadas pelos arsenicais e pela penicilina. O sôro imune contém anticorpos imobilizantes para o T. pallidum, e a súbita introdução de grande quantidade dêsses anticorpos em animais sifiliticos provàvelmente destrói treponemas em número suficiente para provocar uma reação de Herxheimer. Isto vem sugerir que a reação de Herxheimer na sifilis recente, onde o número de treponemas é grande, poderia explicar-se pela destruição dos mesmos. Porém, não se pode aplicar à sifilis tardia, diante do número reduzido de treponemas existentes nas lesões dêste tipo; entretanto, a liberação de produtos derivados dos treponemas, mesmo em pequena quantidade poderia produzir uma reação sistêmica se o individuo fôsse hipersensivel a êsse material. Neste caso, a reação de Herxheimer resultaria de um fenômeno de hipersensibilização.

A. PADILHA GONÇALVES

O EFEITO DA CORTISONA LOCAL NO TRATAMENTO DA QUERATITE INTERSTICIAL SIFILITICA (THE EFFECT OF LOCAL CORTISONE IN THE TREATMENT OF SYPHILITIC INTERSTITIAL KERATITIS). G. W. CRANE JR. e S. D. MCPHERSON JR. *Am. J. Syph. Gonor. & Ven. Dis.* 35:525 (nov.), 1951.

Foram tratados 17 casos de queratite intersticial sifilítica pela aplicação de uma gôta de solução de cortisona a 2,5 % em sôro fisiológico, colocada de 2 em 2 horas, das 8 às 22 horas, e duas gôtas às 2 e às 4 horas no fundo do saco conjuntival, durante 10 dias.

Todos os casos após 4 dias de tratamento apresentaram melhora subjetiva, sendo paralisada a progressão da queratite dentro de 10 dias em 16 dos casos. Seis casos, tratados antes do desenvolvimento da vascularização da cornea, curaram sem esta consequência.

Oito casos recidivaram e puderam ser novamente controlados com novo tratamento durante 10 dias.

Não foram observados efeitos secundários determinados pela cortisona.

A. PADILHA GONÇALVES.

ATROFIA BRANCA E ÚLCERA DE PERNA COM DORES INTOLERÁVEIS (ATROPHIE BLANCHE ET ULCÈRE DE JAMBE A DOULEURS INTOLÉRABLES). RENÉ GONIN. *Ann. de dermat. et syph.* 10:633 (nov.-dez.), 1950.

Após uma revisão sôbre a patogenia das úlceras ditas varicosas, e estudando a influência da variz, da capilarite, da sífilis e do trauma em sua gênese, o A. apresenta o quadro da atrofia branca, atribuindo-lhe patogenia arteriolar.

De sua casuística, concluiu que a atrofia branca é primitiva e dá origem a úlceras de dores intoleráveis, no que divergem da gênese comumente encontrada para a úlcera de perna (capilarites, traumatismos, sífilis concomitante ou germens piogênicos).

Informa o A. que o tratamento ideal da ulcera de perna, com origem em atrofia branca, reside na gálvano-cauterização, único método que remove rápida e seguramente a dor, permitindo uma reparação rápida da lesão resultante.

D. PERYASSÚ.

TRATAMENTO DA QUERATOSE SENIL COM A PODOFILINA. (TREATMENT OF SENILE KERATOSES WITH PODOPHYLLIN). A. FLETCHER HALL. *Arch. Dermat. & Syph.* 62:362 (set.), 1950.

A queratose senil é importante como lesão pré-epiteliomatosa e portanto deve como tal ser tratada.

Os métodos destrutivos, antigamente preconizados, tais como a eletrocoagulação, com ou sem curetagem, a neve carbônica ou a aplicação de ácidos ou a radioterapia são contraindicadas pelas sequelas desagradáveis que podem eventualmente deixar, e que são indeléveis.

O tratamento da queratose senil pela podofilina é fácil em seu manêjo e não deixa sequelas perceptíveis.

Em certos casos, o saco conjuntival pode ser atingido nos casos de lesões muito próximas do globo ocular, originando-se conjuntivites ou queratites, sendo esta ocurrência temida e devendo ser evitada cuidadosamente.

Uma vez que há indicação dêste método no tratamento do câncer, com mais forte razão deve-se indicá-lo no tratamento da queratose senil. A incidência de recidivas, ou as sequelas indesejáveis, até o momento não foram assinaladas.

D. PERYASSÚ.

PÊNFICO VULGAR. ESTUDO CLINICO E PATOLOGICO DE UMA CENTENA DE CASOS. (PEMPHIGUS VULGARIS. A CLINICOPATHOLOGICAL STUDY OF ONE HUNDRED CASES). F. C. COMBES e O. CANIZARES, em colaboração com J. J. KAUFMAN e S. A. SIMUANGCO. *Arch. Dermat. & Syph.* 62:786 (dez.), 1950.

Os AA. passaram em revista uma centena de casos de pênfigo, assim distribuidos, segundo a incidência de sua forma clinica: 82 casos de pênfigo vulgar; 7 casos de pênfigo vegetante; 9 casos de pênfigo foliáceo; e 2 casos de pênfigo eritematoso.

A frequência, segundo as raças, foi: r. judaica, 68 %; italianos, 16 %; negros, 8 %; inglêses, 7 %; e sirios, 1 %.

As lesões tiveram início frequentemente pela boca. Os ombros, abdomen e tórax, segundo a enumeração, foram as partes mais afetadas como sede inicial de lesões.

Os exames hematológicos, hemo-sedimentação, bioquimica sanguinea, o estudo anátomo-patológico e a prova de McClure-Aldrich mostram-se de igual valor diagnóstico.

Uma dieta rica e uma boa enfermagem são essenciais.

Não há tratamento específico; todavia, com a carbasone obtem-se tão bons resultados quanto com os antibióticos, parecendo haver ação sôbre a infecção secundária.

A cortisone deve-se dispensar um prazo maior para melhores conclusões.

Resumo do autor.

ANEMIA MACROCITICA E INSUFICIÊNCIA HEPATICA NOS CASOS DE ECZEMA E ALGUMAS OUTRAS DERMATOSES (MACROCYTIC ANEMIA IMPAIRED LIVER FUNCTION IN ECZEMATOUS AND CERTAIN OTHER DERMATOSES). SAMUEL AYRES JR., SAMUEL AYRES III e J. J. MIRAVICH. *Arch. Dermat. & Syph.* 62:851 (dez.), 1950.

Os AA. fizeram uma revisão da questão. Revendo a literatura encontraram dois casos em que, ao par de uma anemia macrocítica, havia eczema inflamatório e distúrbios hepáticos.

Além disso, o relatório dos AA. inclui 27 observações do tipo eczema com anemia macrocítica, nos quais a cura da dermatose ou sua melhora foi obtida com a modificação da anemia por meio de vitaminoterapia correta.

Numa outra série de 88 doentes, com dermite eczematóide, foram os referidos processos relacionados a distúrbios hepáticos.

Na maioria dos casos a cura ou melhoria desses doentes obteve-se com o tratamento hepático.

D. PERYASSÚ.

TRATAMENTO DA SIFILIS CARDIO-VASCULAR. EFICIENCIA DA PENICILINA: ESTUDO BASEADO EM CENTO E ONZE CASOS (TREATMENT OF CARDIOVASCULAR SYPHILIS. EFFICACY OF PENICILLIN: STUDIES BASED ON ONE HUNDRED AND ELEVEN CASES). JOHN H. STOPES, CHARLES C. WOLFERTH, JOSEPH EDEIKEN, MORTIMER S. FALK e WILLIAM T. FORD. *J. A. M. A.*, 147:944 (3-nov.), 1951.

Após abordar o diagnóstico da sífilis cárdio-vascular, a vásculo-toxidez dos preparados empregados no seu tratamento, a questão do paradoxo terapêutico, e de discutir de um modo geral a penicilina na sífilis cárdio-vascular, os autores apresentam a experiência resultante do tratamento de 111 casos tratados exclusivamente com penicilina amorfa ou cristalina g, em séries totais de 4.800.000 a 9.600.000 unidades repartidas por doses de 40.000 a 80.000 unidades de 2 em 2 horas. Em todos os casos não houve sinais de vásculo-toxidez ou casos inequívocos de paradoxo terapêutico, mesmo em pacientes em máu estado. Nos casos de morte, esta pode ser explicada por outros motivos. A penicilina foi muito bem tolerada pelo coração descompensado, com melhora clínica numa boa proporção de doentes. Dentre 5 casos, em 4 as dores anginosas foram aliviadas. Num terço dos casos de aortite sifilítica simples (sem complicações), houve melhora; metade dos casos não mostraram modificação após o tratamento e em um sexto dos casos houve peora.

Dos pacientes com aortite e insuficiência aórtica 64% melhoraram, 20% não se modificaram e 16% pioraram.

Dos 5 casos de aneurisma com insuficiência, 4 melhoraram.

Em 3 casos de grandes aneurismas, um fugiu ao contrôle, um morreu em consequência de intervenção cirúrgica para ligadura, e um não revelou modificação do seu estado.

Os resultados do tratamento penicilínico, quanto à reversão sorológica, foram pràticamente nulos como seria de esperar.

Em 45.2% dos casos foram constatadas concomitantemente alterações sifilíticas do sistema nervoso central.

A. PADILHA GONÇALVES

O TRATAMENTO DAS AORTITES SIFILITICAS PELA PENICILINA (LE TRAITEMENT DES AORTITES SYPHILITIQUES PAR LA PÉNICILLINE). C. LIAN, R. NEDEY e A. CASSIMATIS. *Presse-méd.* 59:1321 (13-out.), 1951.

São comunicados os resultados favoráveis da penicilinoterapia em 24 casos de aortite sifilítica (19 de insuficiência aórtica, 2 de aneurisma e 3 de coexistência dêsses 2 tipos de lesão). O tratamento foi bem suportado, registrando-se apenas 3 casos de reação febril passageira e 1 de urticária. Não houve reações de Herxheimer.

Os fenômenos anginosos melhoraram ràpidamente. A ação sôbre a insuficiência cardíaca foi menos demonstrativa em face da terapêutica cárdio-diurética, ao mesmo tempo utilizada.

O autor aconselha o uso de medicação cardiológica pròpriamente dita e também uma preparação por meio do cianeto de mercúrio, antes da penicilina e conclui considerando esta como a melhor arma de que se dispõe para o tratamento das aortites sifilíticas.

A. PADILHA GONÇALVES.

ANTIGENOS CARDIOLIPINICOS. PREPARAÇAO E CONTRÔLE QUIMICO E SOROLÓGICO (CARDIOLIPIN ANTIGENS. PREPARATION AND CHEMICAL AND SEROLOGICAL CONTROL). MARY PANGBORN, F. MALTANER, V. N. TOMPKINS, T. BEECHER, W. R. THOMPSON e MARY ROSE FLYNN. *World Health Organization*. Palais des Nations. Genebra, 1951.

Trata-se de um trabalho conciso, essencialmente técnico, em que de modo simples e sintético são fornecidos, em 3 capitulos, os principais dados sôbre os métodos de preparação, o exame quimico e o exame sorológico dos antigenos cardiolipinicos.

No capitulo da preparação encontram-se os processos de extração da cardiolipina e da lecitina, bem como de purificação das mesmas.

No capitulo referente ao exame quimico, além das informações necessárias de como se deve guardar a cardiolipina e a lecitina, são fornecidos os métodos de análise das duas substâncias.

Por fim, um capitulo contendo os principais processos de contrôle sorológico dos antigenos cardiolipinicos.

O livro reveste-se de grande utilidade, sobretudo para os laboratoristas.

A. PADILHA GONÇALVES

ATLAS DA FRAMBOESIA. ESTUDO CLINICO E DA NOMENCLATURA DAS LESÕES CUTANEAS (ATLAS OF FRAMBOESIA. A NOMENCLATURE AND CLINICAL STUDY OF THE SKIN LESIONS). KENNETH R. HILL, R. KODIJAT e M. SARDADI. *World Health Organization*. Palais des Nations. Genebra, 1951.

Na primeira linha da introdução vem definido o objetivo — que aliás foi plenamente alcançado — dêste atlas, por meio da seguinte frase: "o objeto dêste estudo é descrever, e denominar, com a ajuda de fotografias, as manifestações cutâneas da framboésia".

E' uma obra sintética de grande interêsse prático, em que são descritas resumidamente as lesões da framboésia do periodo inicial, as diversas framboesides e as lesões tardias dermatológicas. Para cada tipo de lesão é fornecida ampla sinonímia.

Após o texto, seguem-se ilustrações muito boas e muito demonstrativas, em número de 42.

A. PADILHA GONÇALVES

ANTISIFILÍTICO E TÔNICO NERVINO.
POR EMPÔLA DE 2 c. c.
0,145 DE FOSFATO DE BISMUTO EQUIVALENTE A:
BISMUTO METÁLICO . . . 0,10
FOSFATO DE SÓDIO . . . 0,10
FOSFOBISMOL
LABORATÓRIO GROSS RIO DE JANEIRO

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 120,00, para o Brasil, e Cr$ 140,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 35,00 na época, e de Cr$ 40,00, quando atrazado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefone: 32-1347).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, consequentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês ou dia e mês, se o periódico for semanal, e ano. A citação de livros sera feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo dos mesmos.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 27 (1952) — N. 1 (Março)

JORNAL DO COMMERCIO - Rodrigues & C. - Av. Rio Branco, 117 - Rio de Janeiro - 1952